MANIFESTATIONSSYMPTOME SCHIZOPHRENER PSYCHOSEN BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN

INAUGURALDISSERTATION

zur Erlangung der Doktorwürde der

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
DER UNIVERSITÄT DES SAARLANDES

vorgelegt von

Marianne de Rossi

Saarbrücken

1972

Aus der Universitäts-Nervenklinik Homburg/Saar
(Direktor: Prof. Dr. med. H.-H. MEYER)
Abteilung für Kinder und Jugendliche
(früherer Leiter: Prof. Dr. med. H. MEYERHOFF)

MANIFESTATIONSSYMPTOME SCHIZOPHRENER PSYCHOSEN BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN

Inauguraldissertation
zur Erlangung
der Doktorwürde einer
Hohen Medizinischen Fakultät
der Universität des Saarlandes

vorgelegt von

Marianne de Rossi

1972

Dekan: Prof. Dr. med. H. KULENKAMPFF
Referent: Prof. Dr. med. H. MEYERHOFF

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Promotionsdatum: 10.7.1972

Meinen Eltern

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41542725_0071

INHALT

1.	Einleitung	1
1.1	Allgemeine Problematik	1
1.2	Spezielle Aufgabenstellung der Untersuchung	2
2.	Literaturübersicht	3
2.1	Schizophrenie bei Erwachsenen	3
2.1.1	Ätiologie	3
2.1.2	Symptome	5
2.2	Schizophrenie bei Kindern	9
2.2.1	Ätiologie	9
2.2.2	Formen kindlicher Schizophrenie	12
2.2.3	Alterseinteilung	13
2.2.4	Geschlechtsverteilung	14
2.2.5	Symptome	14
2.2.6	Zusammenfassung der wichtigsten Symptome	19
2.2.7	Prämorbide Charaktereigenschaften	2o
2.2.8	Diagnose	21
3.	Eigene Untersuchungen	23
3.1	Schizophrenia simplex	23
3.1.1	Geschlechtsverteilung	23
3.1.2	Familienverhältnisse	23
3.1.3	Familiäre Belastung	24
3.1.4	Stellung in der Geschwisterreihe	24
3.1.5	Prämorbide Persönlichkeit	24
3.1.5.1	Schulisches Verhalten	24
3.1.5.2	Kontaktverhalten	25
3.1.6	Alter bei Beginn der Erkrankung	25
3.1.7	Berufliche Situation	25
3.1.8	Form bzw. Ursache des Beginns der Erkrankung	25

3.11	Symptome bei männlichen Patienten mit Schizophrenia simplex	26
3.11.1	Prodromalerscheinungen in Form vegetativer Störungen	26
3.11.2	Formale Denkstörungen	26
3.11.3	Inhaltliche Denkstörungen	27
3.11.4	Sprachstörungen	27
3.11.5	Sinnestäuschungen	27
3.11.6	Gefühlsstörungen	28
3.11.7	Antriebs- und Bewegungsstörungen	28
3.11.8	Persönlichkeitsstörungen	28
3.12	Symptome bei weiblichen Patienten mit Schizophrenia simplex	28
3.12.1	Prodromalerscheinungen in Form vegetativer Störungen	28
3.12.2	Formale Denkstörungen	29
3.12.3	Inhaltliche Denkstörungen	29
3.12.4	Sprachstörungen	29
3.12.5	Sinnestäuschungen	29
3.12.6	Gefühlsstörungen	3o
3.12.7	Antriebs- und Bewegungsstörungen	3o
3.12.8	Persönlichkeitsstörungen	3o
3.2	Hebephrenie	3o
3.2.1	Geschlechtsverteilung	3o
3.2.2	Familienverhältnisse	3o
3.2.3	Familiäre Belastung	31
3.2.4	Stellung in der Geschwisterreihe	31
3.2.5	Prämorbide Persönlichkeit	31
3.2.5.1	Schulisches Verhalten	31
3.2.5.2	Kontaktverhalten	31
3.2.6	Alter bei Beginn der Erkrankung	31
3.2.7	Berufliche Situation	32
3.2.8	Form bzw. Ursache des Beginns der Erkrankung	32

3.21	Symptome bei Patienten mit Hebephrenie	32
3.21.1	Prodromalerscheinungen in Form vegetativer Störungen	32
3.21.2	Formale Denkstörungen	32
3.21.3	Inhaltliche Denkstörungen	33
3.21.4	Sprachstörungen	33
3.21.5	Sinnestäuschungen	33
3.21.6	Gefühlsstörungen	33
3.21.7	Antriebs- und Willensstörungen	33
3.21.8	Persönlichkeitsstörungen	33
3.3	Katatonie	34
3.3.1	Geschlechtsverteilung	34
3.3.2	Familienverhältnisse	34
3.3.3	Familiäre Belastung	34
3.3.4	Stellung in der Geschwisterreihe	34
3.3.5	Prämorbide Persönlichkeit	34
3.3.5.1	Schulisches Verhalten	34
3.3.5.2	Kontaktverhalten	34
3.3.6	Alter bei Beginn der Erkrankung	35
3.3.7	Berufliche Situation	35
3.3.8	Form bzw. Ursache des Beginns der Erkrankung	35
3.31	Symptome bei männlichen Patienten mit Katatonie	35
3.31.1	Prodromalerscheinungen in Form vegetativer Störungen	35
3.31.2	Formale Denkstörungen	36
3.31.3	Inhaltliche Denkstörungen	36
3.31.4	Sprachstörungen	36
3.31.5	Sinnestäuschungen	36
3.31.6	Gefühlsstörungen	36

3.31.7	Antriebs- und Willensstörungen	36
3.31.8	Persönlichkeitsstörungen	36
3.32	Symptome bei weiblichen Patienten mit Katatonie	36
3.32.1	Prodromalerscheinungen in Form vegetativer Störungen	36
3.32.2	Formale Denkstörungen	37
3.32.3	Inhaltliche Denkstörungen	37
3.32.4	Sprachstörungen	37
3.32.5	Sinnestäuschungen	37
3.32.6	Gefühlsstörungen	37
3.32.7	Antriebs- und Willensstörungen	37
3.32.8	Persönlichkeitsstörungen	37
3.4	Paranoide Schizophrenie	38
3.4.1.	Geschlechtsverteilung	38
3.4.2	Familienverhältnisse	38
3.4.3	Familiäre Belastung	38
3.4.4	Stellung in der Geschwisterreihe	38
3.4.5	Prämorbide Persönlichkeit	38
3.4.5.1	Schulisches Verhalten	38
3.4.5.2	Kontaktverhalten	39
3.4.6	Alter bei Beginn der Erkrankung	39
3.4.7	Berufliche Situation	39
3.4.8	Form bzw. Ursache des Beginns der Erkrankung	39
3.41	Symptome bei männlichen Patienten mit paranoider Schizophrenie	39
3.41.1	Prodromalerscheinungen in Form vegetativer Störungen	4o
3.41.2	Formale Denkstörungen	4o
3.41.3	Inhaltliche Denkstörungen	4o
3.41.4	Sprachstörungen	4o
3.41.5	Sinnestäuschungen	4o
3.41.6	Gefühlsstörungen	41
3.41.7	Antriebs- und Willensstörungen	41
3.41.8	Persönlichkeitsstörungen	41

3.42	Symptome bei weiblichen Patienten mit paranoider Schizophrenie	41
3.42.1	Prodromalerscheinungen in Form vegetativer Störungen	41
3.42.2	Formale Denkstörungen	41
3.42.3	Inhaltliche Denkstörungen	41
3.42.4	Sprachstörungen	42
3.42.5	Sinnestäuschungen	42
3.42.6	Gefühlsstörungen	42
3.42.7	Antriebs- und Willensstörungen	42
3.42.8	Persönlichkeitsstörungen	42
3.5	Falldarstellungen	43
3.51	Kindliche Schizophrenie	44
3.52	Präpuberale Schizophrenie	45
3.53	Puberale Schizophrenie	45
3.54	Adoleszente Schizophrenie	46
3.6	Diskussion	48
3.7	Zusammenfassung	52
	Tabellen	
	Literatur	

1. EINLEITUNG

1.1 Allgemeine Problematik

Betrachtet man das Vorkommen von psychotischen Erkrankungen im Kindesalter, so fällt auf, dass bei der Mehrzahl hirnorganische Ursachen, also anatomisch-pathologisch nachweisbare Hirnschädigungen zu ermitteln sind. Dagegen treten psychotische Erkrankungen, bei denen keine organischen Ursachen festgestellt werden können - Psychosen im eigentlichen Sinne -, im Kindesalter viel seltener als im Erwachsenenalter auf.

Die Frage, ob es eine Schizophrenie im Kindesalter überhaupt gebe, wurde erst seit der zweiten Hälfte des vorigen Jahrhunderts diskutiert. Die Schwierigkeit ergab sich sehr wahrscheinlich aus der Tatsache, dass die Schizophrenie des Kindesalters in der Ausprägung ihrer Symptomatik und in ihrem Verlauf von den schizophrenen Erkrankungen des Erwachsenenalters unterschieden werden muss. Die Schizophrenie des Kindesalters zeigt also ihre eigene phasenspezifische Symptomatik mit jeweils besonderen Verlaufsformen. Einen Überblick über Symptomatik und Problematik des Krankheitsbildes der kindlichen Schizophrenie hat schon sehr früh GAUPP (1908) in seiner "Psychologie des Kindesalters" mit folgenden Worten gegeben: "Wenn wir von den verschiedenen Formen des angeborenen Schwachsinn absehen, so sind die Geisteskrankheiten im Kindesalter selten. Immerhin können die meisten Formen seelischer Störung, die bei Erwachsenen vorkommen, auch bei Kindern auftreten. Manche periodische Geisteskrankheiten, die den Erwachsenen später

in die Irrenanstalt bringen, haben ihre ersten kaum merkbaren Anfänge schon im Kindesalter. Hier handelt es sich fast immer um erblich belastete Kinder. Nach erschöpfenden körperlichen Erkrankungen können heilbare Verwirrtheitszustände auftreten. Besonders wichtig ist die Tatsache, dass einerseits minderbegabte Sorgenkinder, anderseits aber auch sehr talentierte Kinder, auf welche die Schule und Familie grosse Hoffnungen setzte, später namentlich bei Beginn der Geschlechtsreife, nicht selten an geistigen Störungen erkranken, die man als Jugendirresein (Dementia praecox, Hebephrenie) bezeichnet, und aus denen oft ein geistiger Invalide hervorgeht. Immer wenn sich in den Entwicklungsjahren auffällige Änderungen des geistigen Wesens, unverständlicher Nachlass der Leistungsfähigkeit zusammen mit Abweichungen des Gefühls- und Willenlebens einstellen, ist es geboten, zu untersuchen, ob hier nicht krankhafte Vorgänge mitspielen. Eine Verkennung des beginnenden Jugendirreseins kann von folgenschwerer Bedeutung sein; darum ist zu verlangen, dass der ärztliche Berater der Schule mit den wichtigsten Tatsachen der Psychiatrie vertraut sei" (GAUPP, 1908).

1.2. Spezielle Aufgabenstellung der Untersuchung

Anhand eigener Untersuchungen und Auswertungen von 56 Krankenblättern der Abteilung für Kinder und Jugendliche der Universitäts-Nervenklinik Homburg/Saar sollen die prämorbiden Charaktereigenschaften und Symptome bei Erstmanifestation endogener Psychosen im Kindes- und Jugendalter aufgezeigt und mit den

Untersuchungen der Literatur verglichen werden. Insbesondere interessierte uns der Zusammenhang zwischen Alter und Beginn der Erkrankung, sowie die Symptomatik spezifisch auftretender Verhaltensstörungen.
Zu Verlauf und Therapie von Psychosen im Kindes- und Jugendalter soll in dieser Arbeit nicht Stellung genommen werden.

2. LITERATURÜBERSICHT

2.1 Schizophrenie bei Erwachsenen

Über die Schizophrenie im Erwachsenenalter soll nur kurz referiert werden. Einzelheiten sind in der umfangreichen neueren Literatur nachzulesen.

2.1.1. Ätiologie

Die Ursache der Schizophrenie ist noch weitgehend unbekannt. Mit Schizophrenie wird eine endogene Psychose, d. h. eine körperlich nicht begründbare Psychose, bezeichnet; im Gegensatz zu der endogenen Psychose steht die exogene, deren Ursache körperlich begründbar ist. Schizophrenie sei eine progressive Erkrankung, von der man nicht wisse, wo sie sich abspiele (MOSSE, 1959). LUXENBURGER kam 1938 zu dem Ergebnis, dass die schizophrene Psychose primär keine Hirnkrankheit sei, sondern dass ihr eine pathophysiologische körperliche Erkrankung, vermutlich eine Stoffwechselstörung - von LUXENBURGER "Somatose" genannt - zugrundeliege. Störungen im Keimplasma und in der frühesten Embryonalentwicklung seien ausschlaggebend, sowie das Zusammentreffen latenter rezessiver Erbanlagen. Die

Lysergsäure- und Adrenochrom-Versuche bestätigten die Vermutung, dass toxische Einwirkungen auf Zellen des Gehirns imstande seien, schizophrene Krankheitsbilder hervorzurufen. Die erbliche Disposition zur Schizophrenie stelle offenbar die Grundlage für eine psychotische Erkrankung dar. Dabei zeige sich, dass psychischer Stress und endotoxische Schädigung für die Manifestation der Anlage grosse Bedeutung hätten. In manchen Fällen sei die Anlage so stark, dass es keines exogenen Anlasses bedürfe (LUXENBURGER, 1938). VERSCHUER (1967) untersuchte die Frage der genetischen Verursachung schizophrener und manisch-depressiver Geistesstörungen anhand der vorliegenden neuesten Ergebnisse auf dem Gebiet der Familien- und Zwillingsforschung, sowie in Analogie zu anderen Erfahrungen der Humangenetik. Folgende Hypothese wird aufgestellt (VERSCHUER, 1967): Voraussetzung für die Erkrankung eines Menschen an einer schizophrenen oder manisch-depressiven Psychose sei in der Regel eine spezifische Erbveranlagung. Diese spezifische Erbveranlagung könne aus einem Hauptgen oder mehreren Hauptgenen bestehen, modifizierende Nebengene träten hinzu. Mit grosser Wahrscheinlichkeit sei Heterogenie anzunehmen. Beim männlichen Geschlecht zeige dieser Genotyp eine schwächere Penetranz als beim weiblichen. Er könne auch vollständig latent bleiben. Von grosser Bedeutung seien Umwelteinflüsse, insbesondere für die Frage, ob und in welchem Grade und mit welchen Symptomen die spezifische Erbveranlagung phänotypisch in Erscheinung trete.

2.1.2 Symptome

Nach der Grundauffassung KRAEPELINs (1909) und E. BLEULERs (1911; zit. 1969) werden folgende Symptome als Kern der Erwachsenenschizophrenie aufgefasst:

1. Ein eigenartiger Verlust des natürlichen, d. h. altersgemässen seelischen Zusammenhanges mit der Umwelt.
2. Störungen des Antriebslebens und der Emotionalität des Wollens und Handelns (d. h. bei Kindern der Motorik und des Verhaltens), sowie des Denkens, und hier in erster Linie der Qualitäten des Erlebens überhaupt und des Selbsterlebens.
3. "Dabei sehen wir das für die Schizophrenie Charakteristische in dem alles Seelische durchdringende Ineinandergreifen dieser Störungen, ferner in dem autistisch verändertem Ich- und Lebensgefühl wie in der entsprechend veränderten Daseinsweise. Diese Störungen bilden zusammen einen seelischen Zustand, der nicht exakt beschrieben, aber vielleicht durch Ausdrücke wie 'seelische Dissolution oder Dissoziation oder Disintegration bei erhaltenem Bewusstsein' angedeutet werden kann" (E. BLEULER 1911; zit. 1969).

E. BLEULER (1911; zit. 1969), der den Begriff der Schizophrenie prägte, weil ihm die elementarste Störung in einer Zersplitterung und Aufspaltung des Denkens, Fühlens und Wollens und der subjektiven Gefühle der Persönlichkeit zu liegen schien, war der Ansicht, dass das schizophrene Leben durch Mangel an Einheitlichkeit und Ordnung aller psychischen Vorgänge gekennzeichnet sei. Beim Schizophrenen überwiege die Tendenz - unbekümmert um die Realität - ein Bild

der Welt sich nach eigenem Wesen, eigenen Wünschen und Ängsten zu schaffen. Zunächst trete eine Störung des Gedankenganges auf. Diese äussere sich in einer Zerfahrenheit des Denkens und des Gefühlslebens, sowie in der Unmöglichkeit, sich als einheitliche Person zu empfinden. Primär erhalten blieben Wahrnehmung, Orientierung, Gedächtnis und Aufmerksamkeit.
Dieser ersten Störung folge dann eine Störung der Aktivität, die sich z. B. in Gleichgültigkeit gegenüber Familie und Zukunft äussere.
Als weiteres wichtiges Symptom wird die Ambivalenz des Schizophrenen genannt. Die Grundstimmung sei traurig, sie könne im nächsten Moment jedoch in Euphorie umschlagen. Ebenso könne der Kranke zugleich gut und böse sein. Ein ebenso ernst zu nehmendes Symptom stelle der Autismus dar; der Patient verliere den Kontakt mit der Wirklichkeit, er sei in einer eigenen Welt versunken. Meist läge bei den Kranken auch eine Schwäche des Willens und des Handelns vor.
Schliesslich nannte E. BLEULER (1911; zit. 1969) als charakteristisches Symptom noch die Störung der Person. Der schizophren Kranke verarbeite Eindrücke auf eine andere Art als ein Gesunder. Er komme sich in seiner Krankheit selbst fremd vor ("Depersonalisation").
Die oben beschriebenen Symptome galten für E. BLEULER (1911; zit. 1969) als Primärstörungen der Schizophrenen.
Zu den sekundären Symptomen zählte er: Auftreten von Sinnestäuschungen, Wahnideen und Sprachstörungen.

Die Schizophrenie wurde aufgrund der von ihm erstellten Symptomatik von E. BLEULER (1911; zit. 1969) in folgende Untergruppen aufgeteilt:

1. Paranoide Schizophrenie
2. Katatonie
3. Hebephrenie
4. Schizophrenia simplex

Zum besseren Verständnis der Schizophrenie unterteilt K. SCHNEIDER (1967) diese typologisch folgendermassen auf:

a) Typ der einfachen Schizophrenie
b) Katatone Form
c) Paranoide Form

Zu dieser Typologie wird die Hebephrenie nicht gerechnet, denn Hebephrenie sei eine auf das Lebensalter gehende Bezeichnung. Hebephrenie trete in der Jugend auf. (K. SCHNEIDER, 1967).

Unter dem Typus der Katatonie wird eine mehr oder weniger akute hyper- oder hypokinetische Form der Psychose verstanden. Die Diagnose gründe sich hier auf die Zustandsbilder, nicht auf den Verlauf.

Von Bedeutung sei, ob Abnormitäten in folgenden seelischen Funktionen auftreten.

Art des Erlebens: Empfinden und Wahrnehmen, Vorstellen und Denken, Fühlen und Werten, Streben und Wollen.

Grundeigenschaften des Erlebens: Icherlebnis, Zeiterlebnis, Gedächtnis und seelische Reaktionsfähigkeit.

Umgreifen des Erlebens: Aufmerksamkeit, Bewusstsein, Intelligenz, Persönlichkeit.

Störungen der oben skizzierten seelischen Funktionen führe zum Auftreten weiterer Symptome, die K.

SCHNEIDER (1967) ihrer Wichtigkeit nach in Symptome 1. Ranges und in Symptome 2. Ranges unterteilt.

Symptome 1. Ranges

"Gedankenlautwerden, Hören von Stimmen in Form von Rede und Gegenrede, Hören von Stimmen, die das eigene Tun mit Bemerkungen begleiten, leibliche Beeinflussungserlebnisse, Gedankenentzug und andere Gedankenbeeinflussung, Gedankenausbreitung, Wahnwahrnehmung, sowie alles von anderen Gemachte und Beeinflusste auf dem Gebiete des Fühlens und Strebens und Wollens" (K. SCHNEIDER, 1967).

Von geringerer Bedeutung für die Diagnose einer Schizophrenie seien die

Symptome 2. Ranges

"Sinnestäuschungen, Wahneinfall, Ratlosigkeit, depressive und frohe Verstimmungen, erlebte Gefühlsverarmung" (K. SCHNEIDER, 1967).

Gehe man nach diesen Symptomen und lege man bei der Diagnose den besonderen Wert auf den Zustand und nicht auf den Verlauf, so sei kaum eine Fehldiagnose möglich (K. SCHNEIDER, 1967).

2.2 Schizophrenie bei Kindern

Die psychischen Störungen des Kindesalters sind erst seit Ausgang des 19. Jahrhunderts Gegenstand empirischer Forschung geworden. Als Markstein in der Entwicklung der Kinderpsychiatrie wird die 1887 von EMMINGHAUS verfasste erste monographische Darstellung mit dem Titel "Psychische Störungen des Kindesalters" angesehen. Ihr folgten Veröffentlichungen von MOREAU DE TOURS (1888), MANHEIMER (1889) und IRELAND (1898). Im Jahre 1908 prägte DE SANCTIS den Begriff der "Dementia praecocissima". Hierunter verstand er sowohl frühschizophrene als auch hirnorganisch bedingte kindliche Demenzprozesse. Diese Störung wurde später nicht als Schizophrenie definiert.

2.2.1. Ätiologie

Bis heute konnte noch kein körperlicher Befund erhoben werden, der die Krankheit Schizophrenie erklären könnte. Selbst die Untersuchungen post mortem ergeben keine näheren Aufschlüsse. Die Ursache der Schizophrenie ist bislang unbekannt. Dennoch wurde und wird in der Literatur zur Erforschung der Schizophrenie ein besonderes Gewicht auf erbbiologische Faktoren gelegt.
Die erbbiologische Durchforschung der Schizophrenie habe gezeigt, dass in der Sippe Schizophrener durch die Reihe der Generationen eine bemerkenswerte Anzahl von Persönlichkeiten gefunden wurde, welche zwar nicht an einer Schizophrenie erkrankten, die aber in ihrem Charakter solche Züge aufwiesen, wie sie bei Schizophrenen als Ergebnis der psychischen Charakterveränderungen festzustellen seien (HOMBURGER, 1926).

Auch TRAMER (1964) vertrat die Meinung, dass die rezessive Vererbung eine Rolle spiele. In vielen Fällen bilde der hereditäre Faktor den Kern der infantilen Schizophrenie. In anderen Fällen liefere eine Vererbung eine nur mehr oder weniger in Frage kommende Prädisposition zu einer Erkrankung mit schizophrenem Syndrom, für dessen Entstehung aber exogene Faktoren - Milieueinflüsse, starke emotionale oder psychische Stresssituationen, Hirnschäden usw. - nötig seien (TRAMER, 1964).
LUTZ (1968) sagt, eine erbbedingte Konstitution sei wichtigste Voraussetzung für die Entstehung der Krankheit Schizophrenie. Umweltfaktoren, wie z. B. eine frustrierende und gefühlskalte Mutter, seien beim Ausbruch ebenso wie bei der Gestaltung des Krankheitsprozesses massgebend beteiligt. Es werden vor allem Schäden, die von Frühvernachlässigung und Fehlverhalten der Eltern herrühren, verantwortlich gemacht. Allein diese Schäden würden aber die Schizophrenie nicht ausmachen.
Die Ätiologie der kindlichen Schizophrenie ist auch nach STUTTE (1969) bis heute ungeklärt. Ebenso sei die Bedeutung exogener Faktoren, wie Enzephalopathien und akute somatische Erkrankungen, für die Manifestation der Frühschizophrenie in ihrem Wesen noch unklar.
Von L. BENDER (1955) wird die kindliche Schizophrenie als eine embryonal angelegte Störung definiert, die genetisch festgelegt sei und durch psychische Krisen aktiviert werde. Diese Störung könne sich manifestieren durch eine Verzögerung oder durch einen Rückgang der intellektuellen oder der Persönlichkeitsentwicklung; ferner durch neurotische Reaktionen; durch

autosozial psychopathisches Verhalten; durch psychische Episoden; durch ruhiges, jedoch nicht unabhängiges Zusammenleben mit den Mitmenschen; durch hochgradig kreative Leistungen.
Weitere amerikanische Autoren weiten den Ursachenbegriff der Schizophrenie so aus, indem sie auch massive umweltbedingte oder charakterogene Verhaltensstörungen, neurotische Entwicklung oder schwere kriminelle Betätigung - also praktisch jeden kindlichen Nonkonformismus - als mögliche Ursache einer Schizophrenie mit einbeziehen.

Genauere Untersuchungen über die erbliche Belastung führten nach G. SSUCHAREWA (1932), SPIEL (1964) und USCHAKOV (1965) zu dem Ergebnis, dass diese bei schleichend beginnenden Schizophrenien wesentlich ausgeprägter feststellbar sei als bei akut beginnenden Formen. Nach den Untersuchungen von USCHAKOV (1965) fand sich folgende Verteilung: 71% Affektschizophrenie, 7o% paranoide Form, 53% hebephrene Form und 32% katatone Form.

Zusammenfassend möchten wir zur Frage der Entstehung der Schizophrenie nochmals LUTZ (1971) wörtlich zitieren:
"Unsere Modellvorstellungen von der Entstehung einer psychischen Störung variierend, kann heute von der Schizophrenie gesagt werden: Sie kann dann entstehen, wenn ein Kind von früh an, oft familiär bedingt abartig und schwächlich strukturiert, nicht richtig stärkend ins Leben eingeführt wird und tief kränkende Erlebnisse erfährt, in die Pubertätsvorgänge eintritt und der entwicklungsbedingten Turbulenz nicht mehr gewachsen ist. Hier die sich

entfaltende Selbständigkeit und soziale Unabhängigkeit - dort der Verlust des bisherigen Schutzes und der Führung durch das primäre elterliche und schulische Milieu; hier das Hervorbrechen bisher nicht bekannter und mit bisher nicht erlebter Intensität auftretender Empfindungen und Begierden - dort die Gefahr des Verlustes der bisherigen Ordnungen, der Verschuldung in der Vereinsamung, die man wegen der physiologischen Schwäche der Ich-Empfindung zeitweise weder überschaut noch beherrscht: Das sind einige der Voraussetzungen für den Ausbruch der Psychose" (LUTZ, 1971).

2.2.2 Formen kindlicher Schizophrenie

Nach Meinung HOMBURGERs (1926) stelle der grösste Teil der Schizophrenien bei Kindern die stille schleichende hebephrene Form und den akuten und stürmisch katatonen Verlauf dar.
Auch nach Untersuchungen von BLUM (1932), der an die Auffassung HOMBURGERs anknüpfte, sei die akut beginnende katatone Form im Kindesalter am häufigsten anzutreffen. Nach TRAMERs (1964) Erfahrungen gebe es im Kindesalter zwei kritische Phasen: die Affektkrise um das 3. Lebensjahr und die Verstandesphase um das 7. - 8. Lebensjahr. Beide seien bevorzugte Altersabschnitte für das Auftreten einer schizophrenen Erkrankung; gleiches gelte für die Vorpubertät. In diesen Lebensabschnitten habe die Erkrankung meist einen manifesten Beginn. Die hebephrene Form der Schizophrenie trete meist in der Vorpubertät auf.

G. SSUCHAREWA (1932) stellte bei ihren Beobachtungen fest, dass der schizophrene Prozess bei Kindern im Vorpubertätsalter sich sehr häufig langsam entwickele. Einen akuten Beginn der Erkrankung fand sie bei Kindern nur selten. Wenn dies der Fall sei, seien dem Beginn oft irgendwelche äussere Schädigungen (Infektionen, psychogene Faktoren) vorausgegangen.
Aufgrund ihrer Untersuchungen vertritt D. WEBER (1955) die Meinung, dass eine Paranoia in der Pubertät und in der Adoleszenz nur sehr selten zu finden sei. In diesen Lebensabschnitten stelle die Hebephrenie die überwiegende Form der Schizophrenie dar.
Im Jahre 1961 erschien eine Veröffentlichung von HAFFTER, die die bekannte Unterteilung der Schizophrenie mit ihren Unterformen beim Kind nicht zuliess. Nach HAFFTERs (1961) Untersuchungen konnten die Unterformen Katatonie und Hebephrenie beim Kind bisher nicht angetroffen werden, da katatone und hebephrene Züge beim Kind gleichzeitig vorkämen.

2.2.3 Alterseinteilung

Von E. BLEULER (1911; zit. 1969), KRAEPELIN (1909), LUTZ (1968) und SPIEL (1964) wurden die vor Abschluss des 10. Lebensjahr auftretenden schizophrenen Erkrankungen als kindliche Schizophrenien bezeichnet. Die zwischen dem 10. und 14. Lebensjahr erstmals auftretenden Formen charakterisierte man als präpuberale.
Eine etwas ausführlichere Einteilung schlägt VILLINGER (1959) vor. Bei dieser Einteilung orientierte er sich an den biologischen Entwicklungsphasen des Kindes.

1. Kindliche Schizophrenie: Auftreten vor Vollendung des 10. Lebensjahr.
2. Präpuberale Schizophrenie: Auftreten nach Abschluss des 10. Lebensjahr, aber vor Vollendung des 14. Lebensjahr.
3. Jugendliche Schizophrenie: Auftreten nach vollendetem 14. Lebensjahr und Manifestierung der Erkrankung vor vollendetem 18. Lebensjahr (VILLINGER, 1959).

Auch für STUTTE (1969) sind für eine genaue Abgrenzung der Formen der Frühschizophrenie phasenbiologische Aspekte massgebend. STUTTEs Einteilung unterscheidet sich von der VILLINGERs nur in einem Punkt, denn er differenziert VILLINGERs Jugendliche Schizophrenie noch in eine puberale (14. - 16. Lebensjahr) und in eine adoleszente Form (16. - 18. Lebensjahr).

2.2.4 Geschlechtsverteilung

Von SPIEL (1964) stammt eine Aufschlüsselung nach Geschlecht. Nach diesen Untersuchungen überwiegt bei kindlichen und jugendlichen Schizophrenen die Zahl der erkrankten Jungen, die etwas häufiger erkrankten als Mädchen. Bei akuten Verlaufsformen in der Pubertät seien unter den Erkrankten jedoch häufiger Mädchen gefunden worden.
Nach STUTTE (1969) ist eine Geschlechtsprädisposition aber nicht erwiesen.

2.2.5 Symptome

In diesem Abschnitt soll kurz über die Symptome gesprochen werden, so wie sie in zeitlicher Folge von den verschiedensten Psychiatern herausgearbeitet wurden.

RAECKE (1908) führte 90 Fälle aus der Kieler Kinderklinik auf. Als Beispiel sei hier seine Schilderung eines 12jährigen Jungen genannt. Dieser soll plötzlich nach bisher unauffälliger Kindheit mutistisch und stuporös geworden sein. Einige Tage später sei ein "Negativismus" aufgetreten. Dieses katatone Zustandsbild, wie RAECKE es nannte, habe 3 Monate angehalten. Über den prämorbiden Charakter des Jungen sei zu sagen, dass er immer merkwürdig, still, verschlossen und zurückhaltend in seinem Wesen gewesen sei. Aufgrund seiner Kasuistiken kam RAECKE zu dem Schluss, dass eine Katatonie bevorzugt im Alter von 12 - 15 Jahren auftrete und sich in ihren Hauptmerkmalen nicht von einer Katatonie der Erwachsenen unterscheide.

Von VOGT wurde 1909 ein 9jähriges Mädchen beschrieben, das schon im 7. Lebensjahr durch störrisch abweisendes Verhalten, Sammeln von Schmutz, Gedankenentzug und ausserordentlich grosse Ängstlichkeit aufgefallen sei. Das Krankheitsbild schien zunächst hebephren zu sein, gin dann jedoch in ein katatones über. Damit schien VOGT die Hypothese RAECKEs zu unterstützen.

Das Symptom der Wahnideen fand HOMBURGER (1926) bei Kindern nur selten; dies sei durch das verhältnismässig einfache kindliche Weltbild und durch dessen Naivität bedingt. Dagegen zählt HOMBURGER zu den Krankheitszeichen: ein allmählich Stiller-Werden, die geringe Freude am Spiel und an den Freunden, die Interesselosigkeit in der Schule - allgemein ein Zustand der Gleichgültigkeit, der dem ursprünglichen Wesen des Kindes widerspräche. Verdächtig sei auch ein klagsam weinerliches Wesen, das mit körperlichen Beschwerden begründet würde. Symptome wie Auflehnung, passiver Widerstand, Unansprechbarkeit und Grimmassieren seien

bei einer Diagnosestellung genau zu beachten, jedoch streng gegenüber anderen Verhaltensweisen abzugrenzen.
Dieser Auffassung folgte auch BLUM (1932) mit seinen Untersuchungen und meinte, dass Wahnbildung in der Kinderschizophrenie kaum anzutreffen sei, da Kinder zu unachtsam, wankelmütig und leichtsinnig seien.

Nach den Untersuchungen von G. SSUCHAREWA (1932) leiden die im Vorschulalter an Schizophrenie erkrankten Kinder an verminderter Aktivität, Verlust der allgemeinen Lebensfreude, sowie an Kontaktstörungen gegenüber der Umwelt. In diesem Alter seien auch pathologische Änderungen auf dem Gebiet des Trieblebens charakteristisch. Beobachte man Wahnangst, so äussere sich diese in Form gegenstandsloser Angst. Halluzinationen seien meist optischer Natur. Zwangsdenken, optische und akustische Halluzinationen träten vermehrt im Schulalter auf.
Zwei eindrucksvolle Fälle wurden von WEYGANDT (1933) dargestellt. Ein 9jähriges Mädchen beroch alle Dinge und sprach von Vergiftungserscheinungen. Das Kind lehnte jeden Kontakt mit seiner Umwelt ab. Es zeigte ausserdem eine hochgradige Körpersteifhaltung und äusserte "ich bin tot ... in dem Geruch sterben alle Leute". Die Symptome des zweiten, 5 1/2jährigen Patienten, bestanden vor allem in Kontaktlosigkeit, Sprachverlust und zwangsartigen Bewegungen.
Eine Arbeit, die über Untersuchungen an 22 Kindern berichtet, deren Krankheitsbeginn vor dem 12. Lebensjahr lag, wurde von E. GREBELSKAJA-ALBATZ (1934, 1935) veröffentlicht. Hiernach lag der Gipfel des

Krankheitsbeginnes zwischen dem 6. und 7. Lebensjahr. Bei 3 der untersuchten Kinder konnten Halluzinationen gefunden werden. Als charakteristisch hob die Autorin folgende Zwangshandlungen und Zwangsbewegungen hervor: Schliessen eines Wasserhahnes, Schliessen einer Tür, Beriechen der Speisen vor dem Essen. Sehr häufig seien von den erkrankten Kindern Klagen über Kopfschmerzen zu hören gewesen. Auch seien bei den meisten Kindern Appetitstörungen aufgetreten.

Als wichtigste Symptome kindlicher und frühpubertärer Schizophrenie bezeichnet LUXENBURGER (1938) die nachstehend aufgeführten:

Zunehmende Erschwerung des Kontaktes mit der Umwelt bis zur Herauslösung aus ihr, bisweilen unter eigenartig affektiver Bindung an bestimmte Personen, aber ebenso auch an geliebte Dinge. Ängstliche, misstrauische Grundstimmung, Angstparoxysmen, Stimmungslabilität, inadäquate Affekte mit regressiven und dissoziierten Entäusserungsformen, emotionale Abstumpfung und Primitivierung, Disharmonierung der Motorik, Steifheit, Eckigkeit, Ermüdbarkeit, Stereotypien, Bizarrerien, die oftmals in manirierter Sprache und Schrift zum Ausdruck kämen. Ferner seien sehr eigenartige bildnerische Darstellungen und Dichtungsversuche beobachtet worden. Katatone Symptome seien relativ selten und für eine kindliche Schizophrenie uncharakteristisch. Verhaltensstörungen aller Art - wie Zurückhaltung, Neigung zur Absonderung, Negativismen und Pedanterie - wirkten nach aussenhin am auffälligsten. Ebenso könnten regressive Züge bei den erkrankten Kindern vorkommen (LUXENBURGER, 1938).

Fast die gleiche Symptomatologie der kindlichen Schizophrenie finden wir in den Untersuchungen von HAFFTER (1961). Ihm fiel auf, dass Kinder bis zum 6. Lebensjahr, wenn sie erkrankten, mutistische Züge zeigten oder sich verbal beziehungslos äusserten. Man könne Phasen von Rededrang beobachten, der jedoch die Beziehung zum Partner vermissen liesse. Ebenso träten Gedankensprünge bis hin zur Zerfahrenheit auf. Die Affektlage der Kinder zeige ab und zu Schwankungen in Form von Verstimmungen, vermehrter Reizbarkeit und stuporöser Spannung. Das Symptomenbild der während der Pubertät Erkrankten habe mehr dem Symptomenbild entsprochen, das man bei der Erwachsenenschizophrenie antreffe. Hier seien die führenden Symptome Kontaktstörung und Verlust der Beziehung zur Umwelt (bis zur völligen Isolierung) gewesen. Oft sei jedoch ein Kontakt zu einzelnen Gegenständen noch dagewesen (HAFFTER, 1961).
Die Erfahrungen TRAMERs (1964) führen zu dem Schluss, dass durch die Krankheit der Kontakt des Kindes mit der Umwelt gestört sei. Die Kinder gerieten in eine Isolierung, die Gefühlswelt erfahre einen Abbau. Autistisches und bizarres Verhalten trete bei den erkrankten Kindern auf, sie versänken in Tagträumerei. Sprachstörungen äusserten sich in Mutismus oder in ungewöhnlichem Rededrang. Symptome der Erkrankung im Vorschulalter seien folgende: vor dem 3. Lebensjahr seien keine Wahnideen zu beobachten, Halluzinationen kämen erst nach dem 6. Lebensjahr vor. Antriebsstörungen und motorische Störungen würden ebenso beobachtet wie Stereotypien (TRAMER, 1964).

Zuletzt seien noch Grundsymptome der Schizophrenie im Kindesalter angeführt, wie sie von WIECK (1964), LUTZ (1968) und STUTTE (1969) als charakteristisch für eine Erkrankung beschrieben werden: Affektive Veränderungen (z. B. Stimmungslabilität), unerklärliche Angstzustände, kosmische Bedrohungserlebnisse; ferner Störungen in der Motorik, Disharmonie der Ausdrucksbewegungen und rhythmische Stereotypien. Auch wird auf das Vorkommen gesteigerten Rededranges, Echolalie und auf ein manieriertes Schriftbild hingewiesen. Verfolgungs- und Vergiftungswahn träten jedoch selten vor dem 10. Lebensjahr auf (WIECK, 1964; LUTZ, 1968; STUTTE, 1969).

2.2.6 Zusammenfassung der wichtigsten Symptome

Bis hierher ist zu erkennen, dass das Grundschema der Symptomatologie der Schizophrenie im Erwachsenenalter nicht auf die Schizophrenie des Kindesalter zu übertragen ist. VILLINGER (1959) führt dies auf die psychische Entwicklung der kindlichen Persönlichkeit, auf das noch nicht gegenständlich erlebte Ich, sowie auf das noch geringer ausgeprägte Darstellungsvermögen des Kindes zurück. Jedoch spiele auch das noch nicht so differenzierte "psychologische Vokabularium" und die damit weitgehend

verbundene Unfähigkeit einer Schilderung der Erlebnisse durch das Kind eine Rolle; hier sei vor allem das Selbst-Erleben zu erwähnen. Hinzu komme die psychische Störung und die Kontaktscheu des jeweils erkrankten Kindes. Die Symptomatik der Schizophrenie im Kindesalter weise ferner aufgrund der seelischen Plastizität und Labilität des Kindes eine grössere Mannigfaltigkeit auf (VILLINGER, 1959).
Gravierende Unterschiede innerhalb der Symptomatik zeigen sich in der Literatur vor allem in Beschreibungen von Sinnestäuschungen, Wahnbildungen und Wahnerlebnissen. Hierzu sei nochmals zusammenfassend angemerkt, dass von TRAMER (1964), WIECK (1964), v. STOCKERT (1967) und LUTZ (1968) weder Halluzinationen noch Wahnvorstellungen vor dem 6. Lebensjahr beobachtet wurden. Träten Halluzinationen trotzdem auf, seien sie zuerst als optische oder akustische zu registrieren (G. SSUCHAREWA, 1932). Nach STUTTE (1969) finden sich Wahnideen bei Kindern aber erst nach dem lo. Lebensjahr.

2.2.7 Prämorbide Charaktereigenschaften

Um die Herausarbeitung prämorbider Charaktereigenschaften bei Schizophrenie im Kindesalter bemühte sich vor allem HOMBURGER (1926). Er unterteilte in drei Gruppen:

1. Kinder, die sich regelrecht entwickelten, durchschnittlich oder zumindest teilweise sehr begabt waren. Sie zeigten sich zunächst charakterlich völlig unauffällig. Bei ihnen sei eine Psychose überraschend aufgetreten.

2. Früh minderbegabte oder schwachsinnige Kinder, bei denen die auftretende Psychose wohl einen Bezug mit der Minderbegabung oder Geistesschwäche hätte.
3. Manche Kinder fielen bei guter oder durchschnittlicher intellektueller Leistung schon früh durch charakterliche Besonderheiten auf. Diese Kinder hätten die Mehrzahl der von ihm beobachteten Fälle ausgemacht (HOMBURGER, 1926).

Auch die von SPIEL (1964) untersuchten Patienten zeigten ungefähr zur Hälfte lange Zeit vor Beginn des Ausbruchs einer Psychose auffällige Charaktereigenschaften. Besonders war dies bei den schleichend verlaufenden Formen präpuberal Erkrankter der Fall. Gut durchschnittlich intelligente Kinder fanden sich nur bei katatonen Verläufen akuter Formen (SPIEL, 1964).

2.2.8 Diagnose

Die Diagnose einer kindlichen Schizophrenie ist aufgrund vieler in Frage kommender Faktoren sehr schwierig und führe häufig zu Fehldiagnosen (MOSSE, 1959).

Als Kriterium einer Diagnosestellung wurde von HOMBURGER (1926) unter anderem eine Wesensänderung krankhafter Natur angegeben, die von einem ziemlich sicher bestimmbaren Zeitpunkt an eingetreten sei.

Die Besonderheit der Diagnose einer Schizophrenie im Kindes- und Jugendalter sieht LEMPP (1966) darin, dass neben das Verhältnis zwischen Individuum und Umwelt, in dem es zu Verhaltensstörungen und

Änderungen der Persönlichkeit komme, als sogenannte 3. Dimension noch die psychische Entwicklung des Kindes oder Jugendlichen trete. Daher seien die Möglichkeiten einer eventuell auftretenden Wesensänderung zahlreicher, als dies bei Erwachsenen der Fall sei (LEMPP, 1966, 1967).

Die Schwierigkeit einer Diagnosestellung sieht man unter anderem darin, dass als Kriterium einer Schizophrenie im Kindesalter erhöhter Serum-Cu-Gehalt im Blut angegeben wird (BRENNER, 195o); diese These fand bis heute noch keine Bestätigung.

Immer wieder wird betont, dass die Unterschiede bei der Diagnose einer kindlichen oder jugendlichen Schizophrenie beträchtlich seien; es bestünden grosse Meinungsverschiedenheiten. Auffallend sei aber das Überwiegen der Erkrankung bei Knaben gegenüber Mädchen und zwar im Verhältnis 2.5:1 (KALLMANN & ROTH, 1956). Nach Untersuchungen von L. BENDER (1963) fanden sich bei den von ihr als schizophren diagnostizierten Kindern bis zu 43% schizophrene Eltern. Dabei sei weder ein rezessiver noch ein dominanter Erbgang zu erkennen.

Innerhalb der deutschsprachigen Literatur findet sich zwar fast durchweg eine Betonung der familiären Belastung; meist werden jedoch nur ganz summarische Angaben vorgelegt. Die Daten von SPIEL (1961) besagen, dass unter den Eltern 6.1% Schizophrene zu finden seien (E. ZERBIN-RÜDIN, 1967).

Für WEITBRECHT (1968) ist die Diagnostik der Schizophrenie im Kindes- und Jugendalter durch die Tatsache gekennzeichnet, dass alle psychopathologischen Zustandsbilder kompliziert sind durch die in diesem Lebensabschnitt besonders prägenden Einflüsse der Umwelt einerseits und die für die augenblickliche Reifungsstufe charakteristischen Reaktionsweisen und Störmöglichkeiten andererseits.

3. EIGENE UNTERSUCHUNGEN

In der Universitäts-Nervenklinik Homburg/Saar wurde in den Jahren 1962 - 1969 die Diagnose "Schizophrenie" 56mal bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 7 bis 17 Jahren gestellt. Dabei handelte es sich um 34 Jungen und 22 Mädchen.
An der hiesigen Klinik wird ein modifiziertes Diagnosenschema in Anlehnung an die "Diagnosetabelle des Deutschen Vereins für Psychiatrie" (Würzburg, 1931) verwendet; ausführliche Erörterungen hierüber finden sich bei JUNG (1948) und SCHEID (1960). Danach findet sich eine Aufteilung der Schizophrenie in folgende Untergruppen: Schizophrenia simplex, Katatonie, Hebephrenie, Paranoide Schizophrenie.

3.1 Schizophrenia simplex

3.1.1 Geschlechtsverteilung

Von insgesamt 27 untersuchten Fällen waren 15 männlichen und 12 weiblichen Geschlechts.

3.1.2 Familienverhältnisse

Weitgehend unauffällige Verhältnisse im Umkreis der Erkrankten fanden wir in 16 Fällen; bei 3 Fällen konnten keine Angaben gefunden werden. Bei 11 Fällen ergaben sich nachstehend aufgeführte soziale Auffälligkeiten: Verlust von Vater/Mutter 2mal, Getrenntleben der Eltern 4mal, Vater/Mutter Trinker bzw. "grausam" 2mal, "Spiritist" in der Familie 1mal. 1 Untersuchter hatte eine Stiefmutter, 1 erkranktes Kind war unehelich geboren.

3.1.3 Familiäre Belastung

In 19 der untersuchten Fälle fand sich kein Hinweis auf eine familiäre Belastung oder sogar Erblichkeit der Erkrankung. Bei 5 Erkrankten wurde die Mutter als nervös, gemütskrank oder als schizoid geschildert. Einmal wurde die Mutter des Vaters eines Patienten als nervenkrank registriert. Nur einmal konnten wir den Krankenblättern entnehmen, dass der Vater eines Patienten psychische Auffälligkeiten gezeigt habe. In zwei Fällen wurde angegeben, dass Grossvater bzw. Grossmutter der von uns Untersuchten an einer Schizophrenie erkrankt gewesen seien.

3.1.4 Stellung in der Geschwisterreihe

Von unseren männlichen Patienten erkrankten 9 als Erstgeborene und 5 als Letztgeborene; ansonsten fand sich keine Besonderheit innerhalb der Geschwisterreihe.
Bei den weiblichen Patienten erkrankten 4 als Erstgeborene und 2 als Letztgeborene. Bei den übrigen Patientinnen fanden sich keine Angaben über die Stellung innerhalb der Geschwisterreihe.

3.1.5 Prämorbide Persönlichkeit

3.1.5.1 Schulisches Verhalten

Betrachtet man die Entwicklung der Untersuchten vor Erkrankungsbeginn, so fällt auf, dass in 12 Fällen ausdrücklich eine gute intellektuelle Veranlagung angegeben wird, während wir in nur 7 Fällen mässige Leistungen, verbunden mit Schulschwierigkeiten, antreffen. Die restlichen Krankenblätter konnten infolge Fehlens von Angaben zu diesem Punkt nicht ausgewertet werden.

3.1.5.2 Kontaktverhalten

Bei 2/3 der Fälle werden folgende Formen der prämorbiden Charakterzüge beschrieben: ängstlich, misstrauisch, still, ruhig, abgesondert, kontaktarm und oftmals Einzelgänger. Es bedarf keiner näheren Erläuterung, dass sich die genannten Eigenschaften in einigen Fällen überlagern.
Weitgehend unauffällig, ja sogar kontaktfreudig, zeigten sich 1/3 der Untersuchten vor ihrer Erkrankung. Bei diesen Patienten konnte man den Krankheitsbeginn als akut bezeichnen.

3.1.6 Alter bei Beginn der Erkrankung

Der Tabelle 1 ist zu entnehmen, dass bei den von uns untersuchten männlichen Patienten der Beginn der Erkrankung am häufigsten um das 15. - 17. Lebensjahr lag; die Häufigkeit der Erkrankung konzentrierte sich bei den weiblichen Patienten um das 13. Lebensjahr.

3.1.7 Berufliche Situation

11 der Untersuchten gingen noch zur Schule, 7 waren berufstätig und 3 Patienten hatten keinen Beruf. Für die Übrigen fanden sich in den Krankenblättern keine Angaben hierüber.

3.1.8 Form bzw. Ursache des Beginns der Erkrankung

Ein besonderes Erlebnis oder einen einschneidenden Umweltfaktor, der Ursache des Beginns der Erkrankung war, konnten wir in 19 Fällen nicht finden. Bei den restlichen 8 Untersuchten wurde von den Eltern oder Verwandten der Erkrankten erklärt, dass die Kinder erst nach Schuleintritt oder durch verschiedenste Erlebnisse erkrankt seien. So fanden wir bei der

Auswertung der Krankenblätter die unterschiedlichsten Angaben, die als Ursache der Erkrankung angesehen wurden. Einmal soll der Tod der Mutter, ein anderes Mal eine Appendektomie, eine Auseinandersetzung am Arbeitsplatz oder die Aufregung bei einem Volksfest eine Veränderung im Verhalten der Kinder bewirkt haben. In einem Fall lag der Erkrankungsbeginn nach einer Vergewaltigung.

3.11 Symptome bei männlichen Patienten mit Schizophrenia simplex

Bei Durchsicht der Literatur nach einer Einteilung der Symptome der Schizophrenie findet man die unterschiedlichsten Systematiken. Wir wählten für unsere Arbeit die Einteilung nach KLOOS (1960).

3.11.1 Prodromalerscheinungen in Form vegetativer Störungen

Bei 7 Patienten traten Schlafstörungen und Appetitlosigkeit auf; bei einem Patient kamen psychische Begleiterscheinungen hinzu.

3.11.2 Formale Denkstörungen

Als häufigste Form von Denkstörungen wurde das Gedankenabreissen in 5 Fällen beobachtet. Weiterhin fanden wir Zerfahrenheit (3 Fälle), Gedankenlautwerden (2 Fälle) und Gedankendrängen (1 Fall). Selbstmordgedanken wurden von 3 Patienten geäussert.

3.11.3 Inhaltliche Denkstörungen

In nur 1 Fall war eine Personenverkennung auffällig, da ein Patient glaubte, seinen Mitpatienten an der grossen Zehe zu erkennen.

Weitaus häufiger fanden sich Wahnideen. Unter diesen fand sich bei 5 Patienten Verfolgungswahn an erster Stelle. Als Beispiele hierfür seien genannt: Man fühlte sich von den Leuten beobachtet, man glaubte sich von Kameraden verfolgt oder man vermutete in der Matratze ein Abhörgerät. Nur ein Patient litt unter Vergiftungswahn. Von einem anderen wurde angegeben, dass lange Fingernägel Glück brächten. Ferner konnte noch beobachtet werden, dass 2 Patienten unter religiösem Wahn litten. In einem Fall bestand panische Angst vor Geschlechtskrankheit.

3.11.4 Sprachstörungen

Unter den Sprachstörungen, die in nur 2 Fällen beobachtet werden konnten, waren Neologismen vorherrschend (z. B. wurde "Werken" in "Weaken" umgesetzt). Ein Patient stotterte.

3.11.5 Sinnestäuschungen

Bei den Sinnestäuschungen konnten wir Gehörhalluzinationen in 8 Fällen beobachten. Körperhalluzinationen bestanden bei 3 Patienten, Geschmackshalluzinationen bei 2 Patienten und in einem Fall Gesichtshalluzinationen.

Von den Patienten mit Gehörhalluzinationen wurde Folgendes angegeben: Stimmen seien aus der Matratze zu hören, Stimmen kämen von einem Tonband, der Patient sei im Radio versteckt, "Gottes Zeuge" redete zu einem Patienten, andere Stimmen am Himmel erteilten Befehle, Glocken läuteten.

Die Patienten mit Körperhalluzinationen gaben kaltes Gefühl an, sowie multiple körperliche Schmerzen.

3.11.6 Gefühlsstörungen

An Störungen des Gefühls konnten beobachtet werden: Autismus 4mal, Angst in 3 Fällen und Zwang bei 3 Untersuchten. Depressive Verstimmungen fanden sich bei 2 Patienten, einer zeigte Ambivalenz.

3.11.7 Antriebs- und Bewegungsstörungen

Unter den Untersuchten fanden sich 7 Patienten, die stuporös waren. Von anderen Formen der Antriebs- und Bewegungsstörungen konnten wir noch beobachten: Grimmassieren 6mal, Aktivitätsverlust 5mal, Mutismus 5mal. Stereotypien traten bei 2 Patienten auf, ein Negativismus fand sich 1mal. Bewegungsstörungen wurden von uns nur in 1 Fall beobachtet.

3.11.8 Persönlichkeitsstörungen

Ein Patient glaubte, keine Hände mehr zu haben; ein anderer meinte, sein Kopf sei leer.

3.12 Symptome bei weiblichen Patienten mit Schizophrenia simplex

3.12.1 Prodromalerscheinungen in Form vegetativer Störungen

Hier wurden von 8 Patientinnen vegetative Störungen in Form von Schlaf- und Appetitlosigkeit angegeben. Als psychische Begleitsymptome fanden wir in 4 Fällen Kopfschmerz.

3.12.2 Formale Denkstörungen

Ebenso wie bei den männlichen Patienten fand sich bei den untersuchten Patientinnen als häufigste Form der Denkstörung Gedankenabreissen (2 Fälle), Gedankendrängen (1 Fall) und Gedankenlautwerden (1 Fall). Selbstmordgedanken äusserten 4 Patientinnen.

3.12.3 Inhaltliche Denkstörungen

Das Symptom der Personenverkennung konnten wir bei den von uns untersuchten Patientinnen nicht finden. Wahnideen traten in Form von Verfolgungswahn (zugleich in Verbindung mit sexuellem Wahn) in 4 Fällen auf. Als Beispiele hierfür seien angeführt: Der Knecht belästigt mich, ich bekomme ein Kind, jeder will etwas von mir, der Arzt will sich an mir vergehen. Eine Patientin glaubte, sie sei verheirat. Die Wahnvorstellung, jetzt sterben zu müssen, wurde bei 3 Patientinnen beobachtet.

3.12.4 Sprachstörungen

Hier war nur eine Patientin auffällig, da sie nur Wortfetzen sprach.

3.12.5 Sinnestäuschungen

Gesichtshalluzinationen zeigten 3 Patientinnen. Charakteristische Angaben hierfür waren: Eine nicht vorhandene Person sass auf dem Bett, eine Person verfolgte eine andere mit dem Stock, es wurde der Teufel gesehen.
Körperhalluzinationen wurden in 5 Fällen angegeben. Unter anderem sind sie charakterisiert durch die Angaben der Patientinnen, wie z. B.: Strom geht durch meinen Körper, ich habe Leibschmerzen, mein Bauch ist zu dick, ich habe Rauschen im Kopf, komisches Gefühl im Unterleib, ich habe Stimmen im Bauch.

3.12.6 Gefühlsstörungen

Diese Symptome konnten wie folgt registriert werden: Angst bei 3 Patientinnen, Ambivalenz in 3 Fällen. Läppisches Verhalten zeigten 2 Patientinnen, ein Waschzwang fand sich 1mal; ebenso konnten wir in einem Fall zwanghaftes Denken beobachten.

3.12.7 Antriebs- und Bewegungsstörungen

Bei den untersuchten Mädchen konnte in der überwiegenden Mehrzahl ein Aktivitätsverlust festgestellt werden. Weitere Symptome zu diesem Punkt: Leistungsabfall wurde 6mal beobachtet, stuporöses Verhalten fand sich in 3 Fällen. Autistische Züge sahen wir bei 2 Patientinnen; mutistisch verhielt sich eine. Eine Patientin grimmassierte.

3.12.8 Persönlichkeitsstörungen

In keinem Fall konnte dies Symptom bei einer unserer Patientinnen gefunden werden.

3.2 Hebephrenie

3.2.1 Geschlechtsverteilung

Wir konnten bei den von uns untersuchten Kranken nur männliche Patienten finden. Es handelt sich um insgesamt 8 Patienten.

3.2.2 Familienverhältnisse

Bei den von uns untersuchten Patienten waren die Familienverhältnisse, soweit darüber Angaben vorlagen, unauffällig.

3.2.3 Familiäre Belastung

In 4 Fällen fanden wir Angaben, dass die Mutter oder nächste Anverwandte des Patienten unter Nervosität litten. Ansonsten fanden wir unauffällige Familienanamnesen.

3.2.4 Stellung in der Geschwisterreihe

Zu 3 Fällen konnten den Krankenblättern keine Angaben entnommen werden. Bei den übrigen Untersuchten konnte keine Regelmässigkeit der Stellung innerhalb der Geschwisterreihe festgestellt werden.

3.2.5 Prämorbide Persönlichkeit

3.2.5.1 Schulisches Verhalten

Nur ein Patient soll ein sehr guter Schüler gewesen sein (es handelt sich hier um den Patienten, dessen Erkrankung akut begann; der Beginn der Erkrankung machte sich durch einen starken Leistungsabfall in der Schule bemerkbar). Bei weiteren 3 Patienten waren nach den uns vorliegenden Angaben die Schulleistungen mässig bis schlecht.

3.2.5.2 Kontaktverhalten

Hierauf wurde in den Krankenblättern nicht näher eingegangen. Nur in 2 Fällen wurde erwähnt, dass die Patienten schon vor ihrer Erkrankung sehr kontaktarm gewesen sein sollen.

3.2.6 Alter bei Beginn der Erkrankung

Das Alter bei Beginn der Erkrankung ist der Tabelle 2 zu entnehmen.
Ihr ist zu entnehmen, dass 4 Jugendliche mit 16 Jahren erkrankten; 2 Jugendliche erkrankten im Alter von 13 Jahren und je 1 Patient im Alter von 14 bzw. 17 Jahren.

3.2.7 Berufliche Situation

Von den Patienten besuchten 4 noch die Schule, die übrigen 4 Untersuchten standen in einem Lehrverhältnis.

3.2.8 Form bzw. Ursache des Beginns der Erkrankung

In 7 Fällen konnte kein konkreter Anlass, der zu der Erkrankung führte, gefunden werden. Bei einem Patient soll angeblich die Verordnung einer Brille zur Erkrankung geführt haben.
Ein akuter Beginn der Erkrankung fand sich in einem Fall; bei weiteren 7 Patienten war der Beginn der Erkrankung schleichend.

3.21 Symptome bei Patienten mit Hebephrenie

3.21.1 Prodromalerscheinungen in Form vegetativer Störungen

Schlaf- und Appetitlosigkeit wurde in 3 Fällen angegeben; sonst konnte zu diesem Punkt Weiteres nicht nachgewiesen werden. Als psychisches Begleitsymptom trat in einem Fall Kleptomanie auf. Die anderen untersuchten Patienten zeigten keine Auffälligkeiten. Als körperliches Begleitsymptom fiel bei einem Patienten tägliches Masturbieren auf, ein zweiter gab nicht näher dargestellte sexuelle Schwierigkeiten an.

3.21.2 Formale Denkstörungen

Hier fanden wir bei 3 Patienten Gedankenabriss. Zerfahrenheit oder Gedankenlautwerden konnten bei keinem Patienten festgestellt werden.

3.21.3 Inhaltliche Denkstörungen
Wir konnten bei einem Patienten Vergiftungswahn, bei einem anderen Verfolgungswahn feststellen.

3.21.4 Sprachstörungen
Hierzu fehlten in den von uns ausgewerteten Krankenblättern jegliche Angaben.

3.21.5 Sinnestäuschungen
Bei unseren Untersuchungen fanden wir nur einen Patienten, der angab, dass ihm eine Stimme befehle, Fussball zu spielen.
Ferner fand sich ein Jugendlicher mit Körperhalluzinationen; er hielt seine Augen für überdurchschnittlich gross.

3.21.6 Gefühlsstörungen
Das Verhalten aller an Hebephrenie erkrankten Jugendlichen wechselte von läppisch bis zu euphorisch. Insgesamt war die Stimmungslage nivelliert.

3.21.7 Antriebs- und Willensstörungen
Alle Patienten zeigten Willens- oder Interesselosigkeit. Dies äusserte sich in teilnahmslosem und gleichgültigen Verhalten. Hinzu kam bei 2 Patienten ein Stupor, in einem Fall Autismus (vgl. Tab. 3). Selbstmordversuche unternahmen 3 der Erkrankten.

3.21.8 Persönlichkeitsstörungen
Ein Patient fühlte sich in seiner Person verändert, da sein Kopf leer sei.

3.3 Katatonie

3.3.1 Geschlechtsverteilung

Bei unseren Untersuchungen fanden wir, dass an der katatonen Form der Schizophrenie 7 weibliche und 3 männliche Patienten erkrankten.

3.3.2 Familienverhältnisse

Diese waren bei allen Untersuchten unauffällig.

3.3.3 Familiäre Belastung

Alle männlichen Patienten waren väterlicherseits erblich belastet. Bei 4 der weiblichen Patienten konnte eine familiäre Belastung väterlicher- oder mütterlicherseits festgestellt werden.

3.3.4 Stellung in der Geschwisterreihe

Soweit wir überhaupt Angaben hierzu fanden, konnte man keine Auffälligkeiten bemerken.

3.3.5 Prämorbide Persönlichkeit

3.3.5.1 Schulisches Verhalten

Mit Ausnahme einer Patientin, die gute Schulleistungen aufwies, konnten bei den anderen Patienten nur durchschnittliche bis schlechte intellektuelle Leistungen beobachtet werden.

3.3.5.2 Kontaktverhalten

Die Patienten werden in den Krankenblättern als sehr sensibel und still, kontaktarm oder als Einzelgänger geschildert. Nur eine Patientin soll in ihrem Verhalten weitgehend unauffällig gewesen sein.

3.3.6 Alter bei Beginn der Erkrankung

Wie Tabelle 3 zeigt, ist keine Regelmässigkeit für das Alter bei Beginn der Erkrankung festzustellen. Ebenso findet sich kein signifikanter Unterschied für das Erkrankungsalter bei Jungen und Mädchen.

3.3.7 Berufliche Situation

Alle männlichen Jugendliche standen zur Zeit ihrer Erkrankung in einem Lehrverhältnis; unter den Mädchen war dies bei 4 Erkrankten der Fall. Die Übrigen besuchten noch die Schule.

3.3.8 Form bzw. Ursache des Beginns der Erkrankung

In einem Fall gaben die Eltern eines Patienten an, dass ihr Sohn sich nach einer Operation verändert habe. Bei den anderen Patienten waren zu diesem Punkt keine Angaben zu finden.
Bei den Patientinnen sah der Elternteil in einem Fall die Ursache für den Beginn der seelischen Veränderung im Auftreten der Menarche.
Einen akuten Beginn der Erkrankung fanden wir bei allen männlichen Patienten, während von den Patientinnen 2 akut erkrankten. In den übrigen Fällen begann die Erkrankung schleichend.

3.31 Symptome bei männlichen Patienten mit Katatonie

3.31.1 Prodromalerscheinungen in Form vegetativer Störungen

Über Appetitlosigkeit klagten 2 Patienten. Als psychisches Begleitsymptom trat bei einem Kopfschmerz auf.

3.31.2 Formale Denkstörungen
Bei 2 Patienten konnten wir Gedankenabreissen beobachten.

3.31.3 Inhaltliche Denkstörungen
Es konnten keine Wahnideen bei den männlichen Patienten festgestellt werden.

3.31.4 Sprachstörungen
Ein Patient litt unter Stottern.

3.31.5 Sinnestäuschungen
Nur ein Patient gab an, Stimmen in Form von Rede und Gegenrede zu hören (akustische Halluzination).

3.31.6 Gefühlsstörungen
Hieru fanden wir in den uns vorliegenden Unterlagen keine Angaben.

3.31.7 Antriebs- und Willensstörungen
Alle untersuchten Patienten zeigten Stupor und Aktivitätsverlust. Sie sassen teilnahmslos, abwesend und läppisch in einer Ecke.

3.31.8 Persönlichkeitsstörungen
Zu diesem Punkt konnten den Krankenblättern keine Angaben entnomen werden.

3.32 Symptome bei weiblichen Patienten mit Katatonie

3.32.1 Prodromalerscheinungen in Form vegetativer Störungen
In 3 Fällen konnten wir Schlaf- und Appetitlosigkeit beobachten. Eine Patientin klagte über Leibschmerz

und verweigerte das Essen.

3.32.2 Formale Denkstörungen
Gedankenabreissen und Zerfahrenheit kamen bei 3 Patientinnen vor.

3.32.3 Inhaltliche Denkstörungen
Bei einer Patientin konnten wir einen Verfolgungswahn beobachten; die Patientin glaubte sich von Glühbirnen verfolgt und meinte, dass sie vergiftet werde.

3.32.4 Sprachstörungen
Eine Patientin sprach in Wortfetzen, eine zweite bildete Neologismen.

3.32.5 Sinnestäuschungen
Bei einer Patientin beobachteten wir eine Tasthalluzination;die Patientin gab an, ihre Arme seien wie abgestorben. In einem weiteren Fall beobachteten wir eine optische Halluzination in der Form, dass sie angab, die Autobusse würden immer rückwärts fahren.

3.32.6 Gefühlsstörungen
5 Patientinnen klagten über ständige Angst. Eine Untersuchte zeigte ein depressives Zustandsbild.

3. 32.7 Antriebs- und Willensstörungen
Bei allen untersuchten Patientinnen fanden wir einen Stupor. Vereinzelt zeigten sich die Symptome Negativismus, Leistungsknick, Mutismus, Grimmassieren und parakinetische Bewegungen.

3.32.8 Persönlichkeitsstörungen
Zu diesem Punkt war den Krankenblättern keine Angaben zu entnehmen.

3.4 Paranoide Schizophrenie

3.4.1 Geschlechtsverteilung

Insgesamt wurde in einem Zeitraum von 7 Jahren an der Universitäts-Nervenklinik, Abteilung für Kinder und Jugendliche, 11mal die Diagnose Schizophrenie aus dem paranoiden Formenkreis gestellt. Es handelte sich hierbei um 6 Jungen und 5 Mädchen.

3.4.2 Familienverhältnisse

Zu diesem Punkt konnten wir für die Mädchen keine Auffälligkeiten feststellen. Bei den untersuchten Jungen waren die Familienverhältnisse in 3 Fällen mehr oder weniger auffällig; in 2 Fällen waren die Eltern geschieden, bei einem Patienten wurden sie als "unverträglich" geschildert.

3.4.3 Familiäre Belastung

Während bei allen von uns untersuchten Mädchen die Familien mütterlicherseits auffällig waren, bestand eine familiäre Auffälligkeit nur bei 2 Jungen.

3.4.4 Stellung in der Geschwisterreihe

Bei den weiblichen Patienten waren keine Besonderheiten festzustellen. Unter den männlichen Patienten erkrankte in 5 Fällen der Erstgeborene und in 1 Fall der Letztgeborene.

3.5.5 Prämorbide Persönlichkeit

3.4.5.1 Schulisches Verhalten

Alle Patienten, bei denen die Erkrankung akut begann, sollen vor Beginn der Erkrankung sehr gute und fleissige Schüler gewesen sein. Die Leistungen der Patienten, deren Erkrankung schleichend begonnen hatte,

werden als mässig bis schlecht bezeichnet; ausserdem sollen Schulschwierigkeiten vorgelegen haben.

3.4.5.2 Kontaktverhalten

Die Kontaktfähigkeit der akut Erkrankten wird übereinstimmend als gut bezeichnet; ferner werden diese Patienten als "vergnügungssüchtig" geschildert. Bei den übrigen Patienten seien vor der Erkrankung schon Kontaktschwierigkeiten zu verzeichnen gewesen.

3.4.6 Alter bei Beginn der Erkrankung

Die meisten Mädchen erkrankten um das 15. Lebensjahr, während wir bei den Jungen eine Häufung der Erkrankung um das 17. Lebensjahr fanden.

3.4.7 Berufliche Situation

Die Hälfte der hier untersuchten Patienten besuchte noch die Schule. Im übrigen war eine Lehre begonnen oder vorzeitig abgebrochen worden.

3.4.8 Form bzw. Ursache des Beginns der Erkrankung

Hier wurde von 6 Eltern angegeben, dass die Erkrankung angeblich nach einem bestimmten Anlass eingetreten sei (2mal Liebeskummer, 1mal Menarche, 1mal Prüfung, 1mal Commotio und 1mal eine Wette). Für die übrigen Patienten konnten keine Angaben gefunden werden.

3.41 Symptome bei männlichen Patienten mit paranoider Schizophrenie

3.41.1 Prodromalerscheinungen in Form vegetativer Störungen

Klagen über Schlaf- und Appetitlosigkeit fanden wir in 2 Fällen.

3.41.2 Formale Denkstörungen

In allen Fällen fanden sich Gedankenabreissen, Inkohärenz des Denkens und Zerfahrenheit.

3.41.3 Inhaltliche Denkstörungen

5 Patienten litten unter Verfolgungswahn. Folgende Angaben wurden gemacht: man wolle das Geld wegnehmen, man werde vom Fernsehansager beobachtet, Mitpatienten belauschten einen, man fühlte sich bedroht und verfolgt. Bei einem Patienten konnten wir Depersonalisationserscheinungen beobachten; dieser Patient meinte, dass die Menschen vom Affen abstammten, und er hielt sich daher selbst für einen Affen.

3.41.4 Sprachstörungen

Wir konnten den Krankenblättern zu diesem Punkt keine Angaben entnehmen.

3.41.5 Sinnestäuschungen

Diese konnten bei unseren Untersuchten seltener beobachtet werden. Ein Junge sah immer das Bild, wie Christus in der Kirche geopfert werde, vor Augen. In einem anderen Fall wurde ein Brief der Mutter für den der Tante gehalten.
In 3 Fällen fanden wir Symptome, die man unter den Oberbegriff Körperhalluzinationen einordnen kann. Als Beispiele seien genannt: ich bin krank, denn

ich werde immer von einem Sender angestrahlt, so dass mir die Blutzufuhr zum Kopf abgestellt wird; ich habe keine Augen, denn meine Augen sitzen tiefer; ich bin geschlechtskrank.

3.41.6 Gefühlsstörungen
Depressionen fanden sich bei 3 Patienten, Euphorie in 1 Fall.

3.41.7 Antriebs- und Willensstörungen
Aktivitätsverlust wurde bei 4 Patienten beobachtet. Ferner sahen wir bei ihnen einen Mutismus, und ein Patient zeigte starkes Grimmassieren. Einmal wurde ein Selbstmordversuch unternommen.

3.41.8 Persönlichkeitsstörungen
Bei den von uns untersuchten männlichen Patienten konnten wir keine feststellen.

3.42 Symptome bei weiblichen Patienten mit paranoider Schizophrenie

3.42.1 Prodromalerscheinungen in Form vegetativer Störungen
Schlaf- und Appetitlosigkeit fanden wir bei 3 Patientinnen. Eine Untersuchte war Bettnässer.

3.42.2 Formale Denkstörungen
Zerfahrenheit und Gedankenabreissen fand sich in 3 Fällen.

3.42.3 Inhaltliche Denkstörungen
Verschiedene Wahnvorstellungen fanden sich bei 3 Mädchen. Eine Patientin glaubte über übernatürliche Kräfte zu verfügen; sie zählte sechs Berufe auf, die sie erlernt zu haben glaubte.

3.42.4 Sprachstörungen

Hierzu waren den Krankenblättern keine Angaben zu entnehmen.

3.42.5 Sinnestäuschungen

Diese fanden sich recht häufig bei den untersuchten Patientinnen. Als Beispiele für Körperhalluzinationen seien genannt: ich habe eingedrückte Augenhöhlen, meine Augen sind heller, meine Zähne fallen aus, ich habe überall Schmerzen. Eine Patientin glaubte, Christus sei erschienen; eine andere hörte die mannigfaltigsten Stimmen; schliesslich gab eine Patientin noch an, ständig einen unangenehmen Geruch in der Nase zu haben.

3.42.6 Gefühlsstörungen

Hier war die Symptomatik äusserst gering. 2 Patientinnen konnte man als ambivalent bezeichnen.

3.42.7 Antriebs- und Willensstörungen

In einem Fall war Aktivitätsverlust, in einem zweiten Grimmassieren verbunden mit Echolalie zu finden.

3.42.8 Persönlichkeitsstörungen

Bei den untersuchten Mädchen waren keine gravierenden Persönlichkeitsstörungen den Unterlagen zu entnehmen.

3.5 Falldarstellungen

Unterteilt man die von uns ausgewerteten Krankenblätter der Universitäts-Nervenklinik Homburg/Saar, Abteilung für Kinder und Jugendliche, nicht nach dem hier gebräuchlichen Diagnoseschema (Würzburg, 1931), sondern gliedert man das Krankheitsbild der Schizophrenie im Kindes- und Jugendalter nach STUTTE (1969), gelangt man zu folgender Verteilung.
Von den 56 ausgewerteten Krankenblättern entfielen auf die Diagnose (STUTTE, 1969)
Kindliche Schizophrenie: 1 (ein weiblicher Patient);
Präpuberale Schizophrenie: 11 (3 männliche, 8 weibliche Patienten);
Puberale Schizophrenie: 16 (je 8 männliche und 8 weibliche Patienten);
Adoleszente Schizophrenie: 28 (21 männliche und 7 weibliche Patienten).
Hieraus ist zu ersehen, dass es bei Kindern vor dem lo. Lebensjahr relativ selten - bei unserem Krankengut in nur einem Fall - zum Ausbruch einer Schizophrenie kommt. Nach dem lo. Lebensjahr nimmt die Häufigkeit des Ausbruchs der Erkrankung ständig zu. Nach Vollendung des 14. Lebensjahr nähert sich das Bild der Schizophrenie in seiner Form und in seinem Verlauf schon deutlich dem der Erwachsenenschizophrenie.
Als Beispiel dazu sei aus jeder Gruppe ein Fall anhand des Krankenblattes dargestellt.

3.51 Kindliche Schizophrenie

Krankenblatt-Nr 67/1116.

Familienanamnese: Im väterlichen oder mütterlichen Erbumkreis seien Nerven- oder Gemütskrankheiten bisher nicht aufgetreten.
Schwangerschaft und Geburt: komplikationslos verlaufen.
Frühkindliche Entwicklung: keine Angaben.
Soziale Entwicklung: Der Patient habe keinen Kindergarten besucht, sei aber altersgemäss in die Volksschule eingeschult worden. Seine Leistungen sollen gut gewesen sein.
Anzahl der Geschwister: Der Junge sei das Jüngste von zwei Kindern. Das ältere Kind sei gesund.
Prämorbide Persönlichkeit: Der Junge werde von den Eltern als schwieriges und eigensinniges Kind geschildert.
Jetzige Erkrankung: Bei der Aufnahme sei der Patient sehr misstrauisch gewesen. Er habe sehr geweint und immer geschaut "ob niemand durchs Schlüsselloch gucke". Der Vater des Jungen berichtete, das Kind sei schon seit seinem 4. Lebensjahr sehr ängstlich. Angeblich soll er beim Spielen im Sandkasten von einem Düsenflugzeug so erschreckt worden sein. Der Junge ginge niemals alleine zum Einkaufen und an allem, was er esse, würde er zuvor riechen.
Während des hiesigen stationären Aufenthaltes habe der Patient sehr viel gesprochen, aber sehr zerfahren und ab und zu in Wortfetzen. Manchmal habe er in Werbeslogans, wie "Hände so zart wie Pril" gesprochen. Er habe unter optischen Halluzinationen gelitten (z. B. "Ich sehe in den Wolken den lieben Gott"). Seine Bewegungen waren ruckartig, sein Verhalten faxenhaft und ambivalent. Er sei im Moment böse und gleich darauf wieder gut gewesen, er habe geweint und gelacht. Er habe geschrien und geschimpft, um gleich darauf zu sagen "ich will nicht so sein, aber das Böse ist in mir". Einerseits sei der Patient kontaktlos und dann wieder merkwürdig aufdringlich gewesen; ebenso aggressiv, um dann in Liebenswürdigkeit umzuschlagen.

3.52 Präpuberale Schizophrenie

Krankenblatt-Nr 67/1347.

12jährige Patientin.
Familienanamnese: Der Vater sei gesund, die Mutter sei wegen eines Suicidversuchs in der Nervenklinik behandelt worden.
Schwangerschaft und Geburt: regelrecht verlaufen.
Frühkindliche Entwicklung: keine Angaben.
Soziale Entwicklung: Das Mädchen sei zwar altersgemäss in die Volksschule eingeschult worden, wurde aber nach dem ersten Schuljahr sofort in die Sonderschule umgeschult.
Anzahl der Geschwister: Sie sei das zweite von drei Kindern. Beide Geschwister seien gesund.
Jetzige Erkrankung: Das Mädchen sei sehr ängstlich. Nach einer Augenoperation angeblich psychisch stark verändert; die Patientin habe ständig unter Leibschmerzen gelitten und immer "komische" Dinge gesprochen, wie "Ich kenne diese Frau nicht". Die Patientin soll Dinge gesehen haben, die garnicht vorhanden gewesen seien.
Während des stationären Aufenthaltes sitze sie meist mit geschlossenen Augen in einer Ecke. Sie gebe auf Fragen kaum Antwort und esse fast nichts. Insgesamt sei die Patientin antriebsarm, zeige nur geringes Minenspiel, wenig Gestik und kaum Blickkontakt.

3.53. Puberale Schizophrenie

Krankenblatt-Nr 69/389.

Die Patientin ist 15 Jahre alt.
Familienanamnese: Der Vater sei sehr "nervös", die Mutter sei nach der Geburt der Patientin "mit den Nerven völlig fertig" gewesen und habe ausserdem kurzfristig unter Gedächtnisschwäche gelitten.
Schwangerschaft und Geburt: Die Schwangerschaft sei ohne Komplikationen gewesen, die Geburt sei 14 Tage vor dem errechneten Termin erfolgt.

Frühkindliche Entwicklung: Das Kind sei ohne Auffälligkeiten gross geworden.
Soziale Entwicklung: Im Alter von 6 Jahren sei die Patientin eingeschult worden und habe 9 Jahre die Volksschule besucht. Sie sei immer eine gute Schülerin gewesen.
Anzahl der Geschwister: Ein Bruder der Patientin sei gesund.
Prämorbide Persönlichkeit: Die Patientin sei vor ihrer Erkrankung unauffällig gewesen.
Jetzige Erkrankung: Kurze Zeit nach einer nicht bestandenen Aufnahmeprüfung zur Schwesternvorschule habe die Patientin plötzlich angefangen zu "phantasieren". Sie habe gesagt: "meine Zähne fallen aus, ich falle immer tiefer, ich sehe ein weisses Pferd, es will mich zertrampeln, jetzt habe ich es kaputt gemacht, das habe ich nicht gewollt, ich muss sterben, ich bekomme die Schwarzsucht".
Die Patientin habe optische und akustische Halluzinationen. Sie höre immer Stimmen, obwohl niemand im Raum sei. Die Patientin sei sehr verlangsamt, paranoid und ängstlich. Sie habe besonders Angst vor Prüfungen. Neben den Halluzinationen seien auch Wahnvorstellungen zu beobachten. Ansonsten sei die Patientin zu Ort und Zeit gut orientiert. Auf Fragen antworte sie prompt, jedoch mit Gedankensprüngen und Gedankenabreissen.

3.54 Adoleszente Schizophrenie

Krankenblatt-Nr 62/803.

Familienanamnese: In der Familie seien weder Nerven- noch Gemütskrankheiten bekannt.
Schwangerschaft und Geburt: Normaler Verlauf.
Frühkindliche Entwicklung: keine Angaben.
Soziale Entwicklung: Der Patient habe mit mässigen Leistungen 9 Jahre die Volksschule besucht. Eine Lehre als Fliessenleger habe er vorzeitig abgebrochen.
Anzahl der Geschwister: keine.

Jetzige Erkrankung: Der Patient klage in letzter Zeit über heftige Kopfschmerzen. Nach einer febrilen Erkrankung sei er anschliessend ganz apathisch gewesen; später habe er auch die Nahrung verweigert. Während des stationären Aufenthaltes habe er mit starrem und kalten Gesicht dauernd in eine Ecke geschaut. Der Patient habe angegeben:" Ich fürchte, wegen meines krummen Rücken finde ich keine Frau. Die Leute schauen mir nach; die Nachbarn reden über mich." Er habe keinen Stuhlgang, das störe ihn. Er fürchte, dass er geschlechtskrank sei. Stimmen höre er keine.
Der Patient sei bewusstseinsklar und Kontakt zu ihm sei hin und wieder möglich, breche dann aber sofort wieder ab. Im Ganzen sei der Patient merklich verlangsamt und antriebsarm. Beim Sprechen verlöre er sofort den Faden oder höre mitten im Satz auf, um ratlos umherzuschauen.

3.6 DISKUSSION

Die wissenschaftliche Untersuchung der Krankheitsgruppe der Schizophrenien nimmt in der Psychiatrie seit ca. 6o Jahren einen grossen Raum ein. Eine nicht mehr zu übersehende Zahl von Publikationen auch aus den Bereichen anderer Wissenschaftszweige - wie z. B. der pathologischen Anatomie, der Biochemie, der Genetik u. a. - beschäftigt sich jedoch vorwiegend mit der Schizophrenie des Erwachsenen. Zu diesen Untersuchungen sind nun in den letzten Jahrzehnten weitere Veröffentlichungen hinzugekommen, die das Schizophrenieproblem unter psychologischen, soziologischen und epidemiologischen Aspekten untersuchen.

Die Zahl der wissenschaftlichen Arbeiten, die sich mit der Schizophrenie des Kindes- und Jugendalters auseinandersetzen, ist wesentlich geringer. Dieses mag einmal mit der selbstverständlich kleineren Zahl an Schizophrenie Erkrankter aus diesen Altersgruppen zusammenhängen. Entscheidend aber ist die Tatsache, dass in zahlreichen wissenschaftlichen Schulen klinischer Psychiatrie das Vorkommen der Erkrankung bei Kindern und Jugendlichen nicht erkannt und deshalb häufig geleugnet wurde. Mannigfache psychotische Phänomene schizophrener Genese wurden zwar beobachtet und beschrieben, da sie jedoch "anders" waren als bei Erwachsenen, wurden sie nicht dem Krankheitsbild Schizophrenie zugeordnet. Es bestätigte sich, dass das Kind eben kein "kleiner Erwachsener" ist und, dass schizophrene Symptome bei ihm nicht nur in diminuitiver Form vorkommen. Heute zweifelt aufgrund exakter wissenschaftlicher Beschreibung und entsprechender klinisch-empirischer Erfahrung die Psychiatrie nicht mehr an dem Vorkommen schizophrener Psychosen im Kindes- und Jugendalter.

Die in dieser Arbeit zitierte Literatur zeigt deutlich die psychopathologischen Unterschiede der schizophrenen Psychosen in den differenten Altersklassen. Man muss jedoch feststellen, dass für manche Bereiche psychotischen Verhaltens keine eindeutigen Antworten gegeben werden. So wird z. B. das häufigere Fehlen von Sinnestäuschungen und paranoid-halluzinatorischen Schüben als auch das Vorkommen dieser Symptome geschildert. Fast überall wird aber auf die seltene und geringe Ausprägung von Sinnestäuschungen bei Kindern im Rahmen schizophrener Psychosen hingewiesen. Angaben über die prämorbide Persönlichkeit, wie sie im Literaturteil dieser Untersuchung dargestellt worden sind, differieren je nach der mehr somatisch-genetischen oder der psychologisch- soziologischen Orientierung der Autoren.

In der vorliegenden Untersuchung wird über 56 Patienten im Alter zwischen 7 und 17 Jahren berichtet, bei denen die Diagnose Schizophrenie gestellt wurde. Die Geschlechtsverteilung zeigt ein Überwiegen männlicher Patienten; dies entspricht zahlreichen Untersuchungen, wie z. B. denen von KALLMANN & ROTH (1956) und SPIEL (1964). Eine Erklärung für dieses Phänomen konnte bisher nicht gegeben werden. Wie schon von anderen Autoren festgestellt (HOMBURGER, 1926; HAFFTER, 1961; LUTZ, 1968), so fanden auch wir ein deutliches Überwiegen insgesamt gestörter Familien bei den von uns untersuchten Patienten. Eine familiäre Belastung mit Psychosen, die eine genetische Interpretation erlauben würde, fand sich selten (5 Fälle). Diese geringe Frequenz einer familiären Belastung erlaubt auch keine Diskussion des pathoplastischen Faktors Schizophrenie im Sinne einer massiven Neurotisierung des Patienten durch den erkrankten Elternteil oder Verwandte.

Bei unserer Untersuchung zeigte sich keine keine deutliche Bevorzugung der Erkrankten in Bezug auf deren Stellung in der Geschwisterreihe. Auch die Intelligenzverteilung entspricht einer Normalverteilung der Bevölkerung. Schizophrene Propfpsychosen bei Oligophrenie wurden in der Untersuchung wegen der Veränderung schizophrener Symptome durch den Faktor Schwachsinn nicht berücksichtigt.
Zwei Drittel der kranken Kinder und Jugendlichen zeigten prämorbide Persönlichkeitsstörungen, die fast insgesamt das Kontaktverhalten betrafen und in verschiedenen Ausprägungsgraden als schizothym bis schizoid zu interpretieren sind.
Der Beginn der Erkrankung lag bei den männlichen Patienten häufiger in der Altersgruppe zwischen 15 und 17 Jahren, während die untersuchten Mädchen eine geringe Manifestationsakzentuierung zwischen dem 13. und 16. Lebensjahr aufwiesen.
Die Exarzerberation der Erkrankung weist keine deutlichen Kausalzusammenhänge auf; diese werden zwar immer wieder vor allem in den anamnestischen Angaben, die von den Angehörigen erhoben wurden, angegeben, entsprechen aber häufiger einem Erklärungswunsch der Krankheit. Dennoch findet sich in einigen geschilderten Fällen ein plötzliches, unter Umständen traumatisierendes, Ereignis, das die Erkrankung ausgelöst haben kann.
Die formalen und inhaltlichen Denkstörungen entsprechen bei den kindlichen und präpuberalen Krankheitsformen der Erlebnis- und Ausdrucksfähigkeit dieser Altersstufe. Treten sie in stärkerem Masse auf, findet sich jedoch bei den puberalen und adoleszenten Formen eine stets zunehmende Angleichung

an die Symptomatik erwachsener Schizophrener. Auffallend selten kommen bei den Untersuchten Sprachstörungen vor; diese Beobachtung entspricht den Angaben anderer Untersucher (TRAMER, 1964). Ebenso selten sind Sinnestäuschungen (Halluzinationen); eine Interpretation dieses Phänomens wird in der benutzten Literatur gegeben (E. GREBELSKAJA-ALBATZ, 1934, 1935; TRAMER, 1964).

Nach dem modifizierten Würzburger Diagnoseschema, das zur Zeit der Patientenbeobachtungen benutzt wurde, ergab sich bei den 56 untersuchten Patienten folgende Verteilung: Schizophrenia simplex 27 Fälle, Hebephrenie 8 Fälle, Katatonie lo Fälle und Paranoide Schizophrenie 11 Fälle.
Legt man die nosographische Einteilung von STUTTE (1969) zugrunde, so wurde 1mal eine kindliche, 11mal eine präpuberale, 16mal eine puberale und 28mal eine adoleszente Form der Schizophrenie diagnostiziert. Hier zeigt sich deutlich ein lineares Ansteigen der schizophrenen Erkrankung in Abhängigkeit des zunehmenden Alters. Diese Beobachtung ist als relevant anzunehmen, damit den differenzierten Möglichkeiten kinderpsychiatrischer und testpsychologischer Untersuchungen und bei der Erstellung einer sorgfältigen biographischen Anamnese die Diagnose verhältnismässig exakt zu stellen ist. Ohne Zweifel lässt sich die Vermutungsdiagnose einer Schizophrenie bei Kindern und Jugendlichen oft nur durch den Verlauf klären. Solche zunächst prognostisch unsicheren Fälle wurden jedoch in diese Untersuchung nicht mit einbezogen, da die Phänomenologie in einer Querschnittsuntersuchung und nicht in einer Längsschnittbeobachtung beurteilt werden sollte.

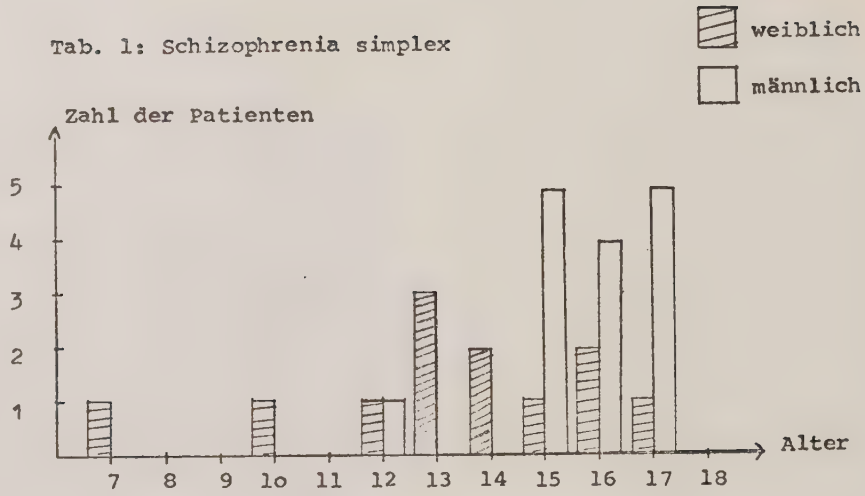
Die gewonnenen Untersuchungsergebnisse stimmen insgesamt mit den bisher bekannten Befunden bei Schizophrenien im Kindes- und Jugendalter überein. Die Kinderpsychiatrie hat in den letzten Jahrzehnten gelernt die Diagnose einer Schizophrenie im Kindes- und Jugendalter nach den in der vorliegenden Untersuchung beobachteten und beschriebenen Einzelbefunden verhältnismässig sicher zu stellen. Hierdurch ergeben sich für die Therapie, sei es mit Psychopharmaka, sei es als Milieu- oder Individualbehandlung auch unter Einschluss sozialpsychiatrischer Aspekte, entscheidende Gesichtspunkte.

3.7 ZUSAMMENFASSUNG

Anhand von 56 Krankenblättern wurden in der vorliegenden Arbeit Manifestationssymptome schizophrener Psychosen bei Kindern und Jugendlichen untersucht. Nach eingehender Literaturschilderung wurde besonders auf die prämorbide Persönlichkeit und das Alter bei Beginn der Erkrankung eingegangen.
Aus unseren Untersuchungen ergab sich, dass von 56 Erkrankten 27 eine Schizophrenia simplex, lo eine Katatonie, 8 eine Hebephrenie und 11 eine Paranoide Schizophrenie hatten. Bei Unterteilung des Krankheitsbildes nach dem STUTTEschen Schema war zu erkennen, dass das Auftreten der Erkrankung mit steigendem Alter signifikant zunimmt. (Kindliche Schizophrenie 1, Präpuberale Schizophrenie 11, Puberale Schizophrenie 16 und Adoleszente Schizophrenie 28 Fälle)

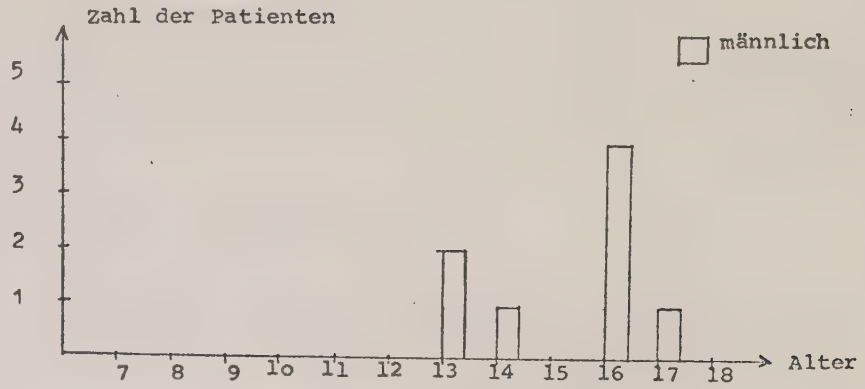
Weiterhin zeigte sich, dass unsere Untersuchungsergebnisse in Bezug auf Geschlechtsverteilung, Heredität, prämorbide Charaktereigenschaften und Symptome mit den aus der Literatur bekannten weitgehend übereinstimmten.

Tab. 1: Schizophrenia simplex



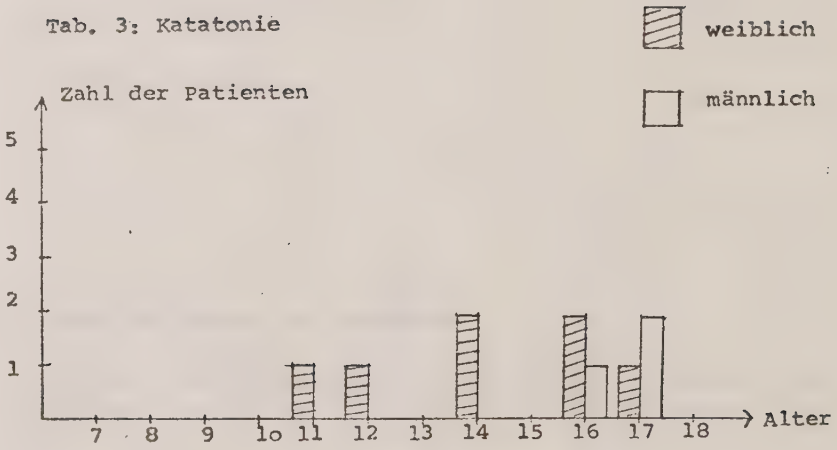
Alter bei Beginn der Erkrankung

Tab. 2: Hebephrenie



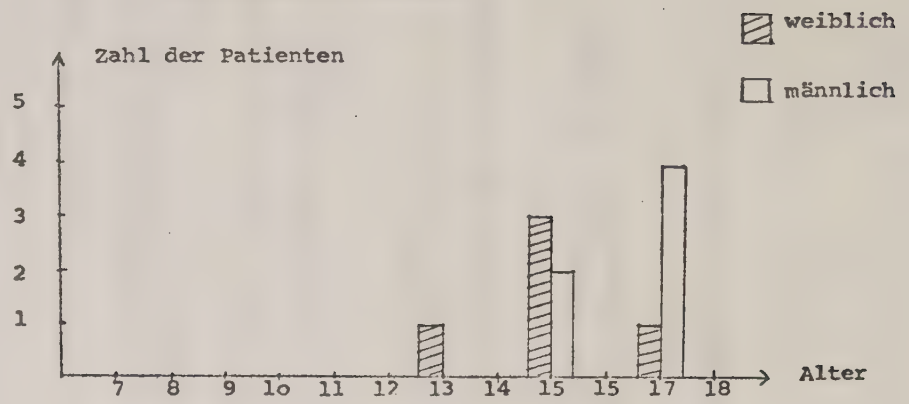
Alter bei Beginn der Erkrankung

Tab. 3: Katatonie



Alter bei Beginn der Erkrankung

Tab. 4: Paranoide Schizophrenie



Alter bei Beginn der Erkrankung

LITERATUR

BENDER, L.
Theory and treatment of childhood schizophrenia.
Acta paedopsychiat. 34, 298-307 (1967).

BLEULER, E.
Lehrbuch der Psychiatrie. 11. umgearb. Aufl. von M. BLEULER.
Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1969.

BLUM, K.
Die Psychosen im Kindesalter.
Ergeb. inn. Med. Kinderheilk. 44, 45-69 (1932).

EMMINGHAUS, H.
Die psychischen Störungen des Kindesalters.
Tübingen: Laupp 1887.
(zit. nach STUTTE, 1969)

GREBELSKAJA-ALBATZ, E.
Zur Klinik der Schizophrenie des frühen Kindesalters.
Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat. 34, 244-253 (1934).

GREBELSKAJA-ALBATZ, E.
Zur Klinik der Schizophrenie des frühen Kindesalters.
Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat. 35, 30-41 (1935).

HAFFTER, C.
Schizophrenie im Kindesalter.
Ann. paediat. (Basel) 196, 408-414 (1961).

HOMBURGER, A.
Vorlesungen über Psychopathologie des Kindesalter.
Berlin: Springer 1926.

IRELAND, W. W.
The mental affections of children.
Philadelphia: Blakiston 1898.
(zit. nach STUTTE, 1969)

JUNG, R.
Ein neurologisch-psychiatrisches Diagnosenschema.
Nervenarzt 19, 552-559 (1948).

KALLMANN, F. J., ROTH, B.
Genetic aspects of preadolescent schizophrenia.
Amer. J. Psychiat. 112, 599-606 (1956).

KLOOS, G.
Grundriss der Psychiatrie und Neurologie. 3. Aufl.
München: Müller & Steinicke 1960.

KRAEPELIN, E.
Psychiatrie. 8. Aufl.
Leipzig: Barth 1909-1915.

LEMPP, R.
Die Schizophrenie im Kindes- und Jugendalter.
Landarzt 42, 94-98 (1966).

LUTZ, J.
Zur Frage der Entstehung der Schizophrenie.
In: Die Entstehung der Schizophrenie. Hrsg. von
M. BLEULER, J. ANGST.
Bern, Stuttgart, Wien: Huber 1971.

LUTZ, J.
Kinderpsychiatrie. 3. Aufl.
Zürich & Stuttgart: Rotapfel-Verl. 1968.

LUXENBURGER, H.
Psychiatrische Erblehre.
München & Berlin: Lehmanns 1938.

MANHEIMER, M.
Les troubles mentaux de l'enfance.
Paris: Ed. Scientifiques 1889.
(zit. nach STUTTE, 1969)

MOREAU DE TOURS, P.
La folie chez les enfants.
Paris: Ballière 1888.
(zit. nach STUTTE, 1969)

MOSSE, H. L.
Der Missbrauch der Schizophreniediagnose im Kindesalter.
Jb. Jugendpsychiat. 2, 68-75 (196o)

RAECKE, J.
Katatonie im Kindesalter.
Arch. Psychiat. Nervenkr. 45, 245-279 (19o8).

SCHEID, W.
Klinische Arbeit, Diagnosenkartei und Diagnosenschema.
Nervenarzt 31, 312-317 (196o).

SCHNEIDER, K.
Klinische Psychopathologie. 8. Aufl.
Stuttgart: Thieme 1967.

SPIEL, W.
Die endogenen Psychosen des Kindes- und Jugendalters.
Basel, New York: Karger 1961.

SSUCHAREWA, G.
Über den Verlauf der Schizophrenie im Kindesalter.
Z. ges. Neurol. Psychiat. 142, 3o9-321 (1932).

STUTTE, H.
Psychosen des Kindesalters. In: Handbuch der Kinderheilkunde. Hrsg. von H. OPITZ und F. SCHMID. Bd. 8,1.
Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1969.

TRAMER, M.
Lehrbuch der allgemeinen Kinderpsychiatrie.
4. Aufl.
Basel & Stuttgart: Schwabe 1964.

USCHAKOV, G. K.
Die Frühdiagnostik der Schizophrenie bei Kindern und Jugendlichen.
Dtsch. Gesundh.-Wes. 2o, 1922-1925 (1965).

VILLINGER, W.
Zum Problem der Kinderschizophrenie nebst Differentialdiagnose und Prognose.
Wien. med. Wschr. 1o9, 295-3oo (1959).

VOGT, H.
Über Fälle von "Jugendirresein" im Kindesalter.
Arch. Psychiat. Nervenkr. 66, 542-573 (19o9).

WEBER, D.
Pubertätseinflüsse in der Symptomatologie jugendlicher Schizophrenien.
Mschr. Kinderheilk. 103, 95-96 (1955).

WEYGANDT, W.
Zur Frage der Dementia praecocissima und Dementia infantilis.
Med. Welt 7, 1053-1055 (1933).

WIECK, C.
Schizophrenie im Kindesalter.
Leipzig: Hirzel 1965.

Herrn Prof. Dr. med. H.-H. MEYER, Direktor der Universitäts-Nervenklinik Homburg/Saar, danke ich für die freundliche Überlassung des Themas und für die Möglichkeit, an seiner Klinik arbeiten zu können.

Herrn Prof. Dr. med. H. MEYERHOFF, früher Leiter der Abteilung für Kinder und Jugendliche der Universitäts-Nervenklinik Homburg/Saar, danke ich für die Einführung in die Problematik der Kinderpsychiatrie und für seine Unterstützung bei der Ausarbeitung der Untersuchungen.

Lebenslauf

Am 4. Juli 1945 wurde ich, Marianne de Rossi geb. Huber, als Tochter des Modellbaumeisters Friedrich Huber und seiner Ehefrau Emilie geb. Müller in Finsterbrunnertal/Kreis Pirmasens geboren.
In Kaiserslautern besuchte ich von 1952-1956 die Grundschule. Anschliessend trat ich in das Altsprachliche Gymnasium in Kaiserslautern ein und legte an dieser Schule am 4. März 1965 das Abitur ab.
Mit dem Medizinstudium begann ich im Mai 1965 an der Universität des Saarlandes, wo ich am 3. März 1966 die naturwissenschaftliche Vorprüfung und am 23. Juli 1968 die ärztliche Vorprüfung bestand. Nach einem weiteren klinischen Semester an der Universität des Saarlandes liess ich mich exmatrikulieren und studierte im Sommersemester 1969 an der Universität Wien. Für die darauffolgenden zwei Semester immatrikulierte ich mich nochmals an der Universität des Saarlandes. Danach setzte ich mein Studium in Heidelberg fort und schloss es dort mit dem Staatsexamen am 13. Dezember 1971 ab.
Am 28. Dezember 1971 heiratete ich. Zur Zeit bin ich als Medizinal-Assistentin an der II. Medizin der Städtischen Krankenanstalten Karlsruhe tätig.